Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf
Direktor: Prof. Dr. med. Kurt Heinrich

Aus der Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Leiter: Dr. med. Dr. phil. Hans G. Reinhard

CLOWNERIEN IM KINDESALTER

Eine psychopathologische Untersuchung

DISSERTATION
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Günter Rudolf Clausen
aus Gera
1984

Psychiatrische Klinik der Universität Düsseldorf
Direktor : Prof.Dr.med. Kurt Heinrich

Aus der Abteilung für Kinder- u. Jugendpsychiatrie
Leiter : Dr.med. Dr.phil. Hans G. Reinhard

C L O W N E R I E N I M K I N D E S A L T E R

Eine psychopathologische Untersuchung

DISSERTATION
zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin

Der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Günter Rudolf Clausen
aus Gera
1984

. . .

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf:

Der Dekan
der Medizinischen Fakultät
der Universität Düsseldorf

gez.: Prof. Dr. med. Herbert Theodor Brüster

Referent

gez.: Prof. Dr. med. Kurt Heinrich

Korreferent

gez.: Prof. Dr. med. Adolf Hopf

In Dankbarkeit

meinen Eltern, Schwiegereltern, Geschwistern,
meiner Frau, meinen Kindern, meinen Ausbildern,
Lehrern und Hochschullehrern sowie allen,
die mich im Studium unterstützten

gewidmet.

.˙.

INHALTSVERZEICHNIS

		Seite
	Vorwort	9
1.	Einleitung	12
1.1.	Der Clown Gesellschaftlicher Rückblick	12
1.2.	Der Clown in der Gesellschaft	12
1.3.	Clownerie als Schulschwierigkeit	14
2.	Literaturübersicht	15
2.1.	Abgrenzung der Clownerie gegenüber Faxen und Tics	15
2.2.	Clownerie als Verhaltensstörung in der Schule	18
2.3.	Clownerie als Verhaltensstörung beim Kinderarzt, Psychologen und Kinder- und Jugendpsychiater	25
2.4.	Betrachtungen des Clowns	38
2.5.	Hypothesen zur Entwicklung der Clownerie	42
3.	Arbeitshypothesen, Untersuchungs-methodik, Untersuchungsgut	48
3.1.	Die Arbeitshypothesen	48
3.1.1.	Allgemeines zu den Arbeitshypothesen	48
3.1.2.	Die Haupthypothesen	49
3.1.3.	Die Zusatzhypothesen	5o

3.2.	Die Untersuchungsmethodik	5o
3.2.1.	Das retrospektive Vorgehen	5o
3.2.2.	Die Ratingskalen	51
3.2.3.	Die statistische Auswertung	51
3.3.	Das Untersuchungsgut	52
3.3.1.	Die Stichprobe Clownerie	52
3.3.2.	Die Diagnose als Auswahlkriterium	52
3.3.3.	Die Altersverteilung der Patienten	53
3.3.4.	Die verfügbaren Daten	54
4.	Ergebnisse	54
4.1.	Beschreibung der Stichprobe und der Vergleichsgruppe anhand der erhobenen Befunde	54
4.1.1.	Zur klinischen Diagnose	55
4.1.2.	Zur Entwicklung der Symptomatik	62
4.1.3.	Zum sozio-ökonomischen Hintergrund	65
4.1.4.	Zum sozio-kulturellen Hintergrund	68
4.1.5.	Zur Familienvorgeschichte	73
4.1.6.	Zur psychophysischen Entwicklung	77
4.1.7.	Zur Schullaufbahn	79
4.1.8.	Zum somatischen Befund	82
4.1.9.	Zum psychiatrischen und psychologischen Befund	85
4.1.1o.	Zum Behandlungsverlauf	92
4.1.11.	Zur Daseinsthematik und Daseinstechnik und den formalen Persönlichkeits-eigenschaften	97

4.2.	Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse	1o2
4.2.1.	Zur klinischen Diagnose	1o2
4.2.2.	Zur Entwicklung der Symptomatik	1o4
4.2.3.	Zum sozio-ökonomischen Hintergrund	1o4
4.2.4.	Zum sozio-kulturellen Hintergrund	1o4
4.2.5.	Zur Familienvorgeschichte	1o5
4.2.6.	Zur psychophysischen Entwicklung	1o5
4.2.7.	Zur Schullaufbahn	1o6
4.2.8.	Zum somatischen Befund	1o6
4.2.9.	Zum psychiatrischen und psychologischen Befund	1o7
4.2.1o.	Zum Behandlungsverlauf	1o7
4.2.11.	Zur Daseinsthematik und Daseinstechnik und den formalen Persönlichkeits-eigenschaften	1o8
4.2.12.	Tabellen der signifikanten Merkmale der Stichprobe Clownerie	1o8
5.	Diskussion von Befunden zu den Arbeitshypothesen	111
5.1.	Diskussion von Befunden zu den Haupthypothesen	111
5.2.	Diskussion von Befunden zu den Zusatzhypothesen	111
5.3.	Nachteil des dichotomen Ansatzes	113

6.	Abschließende Überlegungen zu einem hypothetischen Bedingungsgefüge	114
6.1.	Ein psychopathologisches Modell	114
6.2.	Die Basisvariablen	114
6.3.	Die Prozeßvariablen	115
6.4.	Die Situationsvariablen	116
6.5.	Die therapeutische Relevanz	116
7.	Zusammenfassung	117
8.	Literaturverzeichnis	119
9.	Lebenslauf	124

Vorwort

"Als ich einst am Flügel sass, und das Non più andrai aus 'Figaro' spielte, trat Mozart, der sich gerade bei uns befand, hinter mich, und ich mußte es ihm wohl Recht machen, denn er brummte die Melodie mit und schlug den Tact auf meine Schultern; plötzlich aber rückte er sich einen Stuhl heran, setze sich, hieß mich im Basse fortspielen und begann so wunderschön aus dem Stegreife zu variieren, daß Alles mit angehaltenem Atem den Tönen des deutschen Orpheus lauschte. Auf einmal aber ward ihm das Ding zuwider, er fuhr auf und begann in seiner närrischen Laune, wie er es öfters machte, über Tisch und Sessel zu springen, wie eine Katze zu miauen, und wie ein ausgelassener Junge Purzelbäume zu schlagen ... " (Pichler, 1844; zit. bei Deutsch, 1961, S. 472).

Die von Felix Krull in der nächtlichen Einsamkeit seiner Küche bei Kerze und Spiegel eingeübte Rolle, die närrische Züge zeigte, gipfelte vor der militärischen Prüfungskommission in einen wahren Hexensabbat von Fratzenschneiderei und einer Grimassenschlacht.
Auf die wiederholte Frage des Stabsarztes nach der Todesart seines Vaters, die er anfänglich beantwortete, geschah mit Felix folgendes:
Sein "Gesicht verzerrte sich - aber damit ist wenig gesagt. Es verzerrte sich auf eine meiner Meinung nach völlig neue und schreckenerregende Art, so, wie keine menschliche Leidenschaft, sondern nur teuflischer Einfluß und Antrieb ein Menschenantlitz verzerren kann. Meine Züge wurden buchstäblich nach allen vier Seiten, nach oben und unten, rechts und links auseinandergesprengt, um gleich darauf wieder gegen die Mitte gewaltsam zusammenzuschrumpfen; ein abscheulich einseitiges Grinsen zerriß danach meine linke, dann meine rechte Wange, während es das zugehörige Auge

mit furchtbarer Kraft verkniff, das entgegengesetzte aber so unmäßig erweiterte, daß mich das deutliche und fürchterliche Gefühl ankam, der Apfel müsse herausspringen, und das hätte er immerhin tun mögen - mochte er doch! Es kam nicht darauf an, ob er aussprang, und für zärtliche Sorge um ihn war dies jedenfalls nicht der Augenblick. Wenn aber ein so widernatürliches Mienenspiel nach außen hin wohl jenes äußerste Befremden erregen mochte, das als Entsetzen bezeichnet wird, so bildete es doch nur Einleitung und Anbeginn eines wahren Hexensabbats von Fratzenschneiderei, einer ganzen Grimassenschlacht, die sich während der nächsten Sekunden auf meinem jugendlichen Anlitz abspielte" (Mann, 1954, S. 12of.).

Böll (1963) beschreibt in seinem Buch "Ansichten eines Clowns" einen Teil der Lebensgeschichte eines 27jährigen Clowns, den seine Lebensgefährtin Marie verlassen hat. Neben der Melancholie, den Kopfschmerzen und der Indolenz hat er eine fast mystische Eigenschaft: er kann durchs Telefon Gerüche wahrnehmen.
Er, der Clown, weiß manchmal nicht ob das, was er handgreiflich realistisch erlebt hat, wahr ist, oder das, was er wirklich erlebt. Er wirft die Dinge durcheinander. Sein Sinn der Komik läge darin, den Menschen in abstrakter Form Situationen vorzuführen, die ihrer eigenen Wirklichkeit entnommen seien, nicht einer fremden ... Er braucht die begeisterten Verehrer seiner Kunst, "und wer unser Gewerbe kennt, weiß, daß sogar das winzige Lob eines Bühnenarbeiters unsere Brust bis zum Platzen schwellen läßt" (Böll, 1963, S. 1o2).

Mehr allgemein sind die heiteren Erziehungstips zum Ernstnehmen von Haucke (1982) gemeint.
Er, der fünfjährige Ralf, "wird gleich wieder seine Schau abziehen," (Haucke, 1982, S. 54) sagte die Mutter. Zu ihrem Mißgefallen machte er einen kurzlebigen, wackeligen Kopf-

stand und führte ein nicht enden wollendes Radschlagen vor. Nach Haucke scheint es nicht ganz einfach zu sein, auf solch fröhliche, unbefangene Wichtigtuerei von Kindern zu reagieren. "Auf Trotz, Widerstand und Frechheit sind Eltern allenfalls gefaßt; aber dieses unselige Bemühen, sich in den Mittelpunkt zu manövrieren durch Clownerien, Prahlereien und Demonstrationen von Tüchtigkeit! Dazu fällt den meisten nichts anderes ein als halbherzige oder ganz handfeste Abwehr. Je nachdem, wie toll es das Kind gerade treibt, wie andere Menschen darauf reagieren und wie peinlich die Eltern berührt sind, wird das Kind sanft gebremst: 'Ja, sehr schön, und nun komm, wir haben jetzt keine Zeit' oder wütend angefahren: 'Hör sofort auf mit den Faxen, es interessiert keinen Menschen, ob du genauso bellen kannst wie Hasso!'
Je nachdem, wie gut das Kind mit dem erlittenen Gesichtsverlust umgehen kann, wird es dem Bellen noch ein Miauen hinzufügen, dem Kopf- noch einen Handstand - was die Eltern in pädagogischen Zugzwang bringt -, oder es wird so unauffällig wie möglich den Rückzug antreten. Bis zum nächstenmal!" (Haucke, 1982, S. 55f.).

Diese vier Beispiele einer "Clownerie" sind keine Einmaligkeiten. Das Clownhafte hat so etwas wie eine lange gesellschaftliche Tradition.

1. Einleitung

1.1. Der Clown
Gesellschaftlicher Rückblick

Das Clownhafte war schon immer da. "Ursprünglich war der Clown Mitglied einer erbarmungswürdigen Gesellschaft. Mit der ungehemmten Grausamkeit früherer Zeiten lachten die Menschen offen über Krüppel, Lahme, Amputierte, Zwerge, Mißgestalten, Taube, Stumme, Blinde, Arme und Irre. Selbst so erlauchte Kreise wie die Homerischen Götter brachen in 'unauslöschliches' Gelächter aus beim Anblick des verkrüppelten und lahmen Gottes Hephaistos, der geschäftig um den Palast von Vater Zeus und Mutter Hera humpelte" (Grotjahn, 1974, S. 78).
In Rom holte man lächerliche Menschen für die Spiele. Das Mittelalter machte zwischen dem Clown und dem Irren kaum einen Unterschied. Durch die Jahrhunderte findet man den Clown am Hof der Könige. Der Hofnarr wurde meistens als Idiot betrachtet und zur Zielscheibe grausamer Streiche gemacht. Gelegentlich vertrat er geistreiche, respektlose, rebellische oder offen revolutionäre Ideen. Seitdem das Volk herrscht, hat sich die historische Bedeutung des Narren verändert. Die Menschen konnten sich in Wort und Schrift freier äußern. Aus dem Hofnarren wurde der Zirkusclown. Im Rahmen der Zivilisation erscheint das Clownhafte oft als Charaktereigenschaft mancher Leute.

1.2. Der Clown in der Gesellschaft

Für andere der "Spaßvogel", "Witzbold" oder "Clown" zu

sein, kann von der Familie, im Beruf oder in der Freizeit nicht nur toleriert, sondern auch erwünscht werden. Überall kennen wir den Clown. Im Kindergarten, in der Schule, im Büro, im Kegelclub und vor allen Dingen im Zirkus. Dort ist er heute professionell zu Hause. Er hat übergroße Schuhe, ein viel zu weites Gewand, eine dicke Nase und ein bemaltes Gesicht mit einem übergroßen Mund und stark betonten Augen.
In dieser Verkleidung, die nach Tarachow (1951) eine lächerliche Übertreibung des Weiblichen verkörpert, kann er die Zuschauer in Entsetzen und Entzücken zugleich versetzen. Kris (1938) spricht in diesem Zusammenhang vom Kippcharakter komischer Phänomene, Spaß kann Mißvergnügen oder Kummer statt Vergnügen bereiten. So wie der Zirkusclown können auch die Clownkinder ihre Bezugspersonen in Entzücken und Entsetzen zugleich versetzen.
In der Kindergartenzeit wird noch über den Clown gelacht. Mit der Einschulung beginnen dann oft die Schulschwierigkeiten für die Kinder und Lehrer.
Nach Nguyen (1955) hat jede Schulklasse einen Spaßmacher, so wie es auch einen Führer gibt.
Nach Ockel (1967) wünschen die Clownkinder den Beifall der Zuschauer in der Klasse. "Im gemeinsamen Lachen sind aggressive und libidinöse Wünsche unschuldig. Der Klassenclown veranlaßt also die Kameraden, über ihn auf seine und des Lehrers Kosten zu lachen" (Ockel, 1967, S. 41).
Sind die Späße des Klassenclowns bekannt, ist sein Verhalten überzogen, wirkt sein Spaß aufdringlich und abstoßend, dann wird er als störend empfunden und von der Gemeinschaft nicht mehr getragen.
So wird er mehr oder weniger schnell - je nach kulturellem Hintergrund - als verhaltensgestört bezeichnet.

1.3. Clownerie als Schulschwierigkeit

Anlaß für diese Untersuchung war ein häufig zu beobachtendes Verhalten bei Kindern, das im Volksmund als "Rumalbern", "Faxenmachen" oder "Clownerieren" bezeichnet wird und gehäuft mit dem Schulbeginn (Ockel, 1967) als Verhaltensstörung auftritt.
Nach Blackham (1979) leiden heute in einer normalen Schulklasse 5% bis 10% der Kinder unter psychischen Störungen. In seinen Schlußbetrachtungen hält er fest, daß die aufgeklärte Schule sich von Anfang an auf verhaltensgestörte Kinder einrichtet, "da in jeder Klasse heute mindestens drei oder vier Kinder sitzen, deren Verhalten soweit abweicht, daß besondere Hilfsmaßnahmen erforderlich sind" (Blackham, 1979, S. 245).

Lempp (1975) teilt mit, daß etwa jedes 4. oder 3. Kind im Rahmen jugendpsychiatrischer Sprechstunde und Klinik wegen Schulschwierigkeiten vorgestellt wird.

Nach Sirois (1973) kann sich das Clownhafte vor dem Schulalter nicht voll entfalten, denn das Kind muß das symbolische Stadium erreicht haben, um ein innerliches Bild ohne äußeren Gegenstand wiedergeben zu können.

Auf die Clownerie als Verhaltensstörung in der Schule soll unter Punkt (2.2.) näher eingegangen werden.

2. Literaturübersicht

2.1. Abgrenzung der Clownerie gegenüber Faxen und Tics

Im Rahmen von Spiel- und Lernstörungen beschreibt Nissen (1976) die Beeinträchtigung der motorischen Integration. Die für die Schulreife wesentliche Beherrschung der Körpermotorik kann durch "motorische Stereotypien (Clown- und Faxensyndrom, Ticerscheinungen)" (Nissen, 1976, S. 23) erheblich gestört sein, was die Kinder in der Auseinandersetzung zwischen den Mitschülern und dem Lehrer zum "Klassenstörer" werden läßt (Nissen, 1976). Weitergehend nennt Nissen auch bei den hysterischen Körperstörungen, die alle willkürlichen und unwillkürlich innervierten muskulären Funktionseinheiten betreffen können, die Schrei- und Wutanfälle, das Clown- und Faxensyndrom und die Ticerscheinungen in einem Zusammenhang.
Gesondert betrachtet wird die Clownerie von Dührssen, Schwidder und Schultz-Hencke.
Als ein Verhalten "an der Schwelle zu einer hysterischen Persönlichkeitsentwicklung" wird sie von Dührssen (1974, S. 96) bezeichnet.
Auch Schwidder (1959) und Schultz-Hencke (1951) sehen in der Clownerie der Kinder Entwicklungszüge zur Hysterie. Schwidder stellte in analytischen Behandlungen als Grundlage der hysterischen Charakterstruktur Hemmungen des Antriebes im 4. bis 5. Lebensjahr der Kinder fest. Betroffen sind dabei vorwiegend "das Zärtlichkeitsstreben, die infantilen sexuellen Regungen und motorisch-aggressive Impulse" (Schwidder, 1959, S. 198). Diese in der Entwicklung gestörten Kinder zeigen frühzeitig Neigungen, eine Rolle zu spielen, zu schauspielern, ganz von der Bestätigung der Erwachsenen her und nicht aus eigener

Initiative zu leben (Schwidder, 1959).
Das "Frühkindliche" und "Infantile" bleibt bei den gestörten Kindern nach Schultz-Hencke (1951) aber voll erhalten. "Die Ratio, die 'exakte Phantasie' im Sinne Goethes kommt zu kurz. Die schwebende, wenn auch urtümlich produktive Phantasie durchsetzt das planende, ordnende, apollinische Verhalten der Welt gegenüber auch dort, wo es eindeutig auf Struktur, Ordnung und korrekte, sachgerechte Vorwegnahme ankommt. Die Sprache wird also z.B. willkürlich verwandt. Es wird Schindluder mit ihr getrieben. Eulenspiegelei und Clownerie beherrschen Erleben, Ausdruck und Handeln. Der Betreffende hat keinen eigenen Boden in sich;wenn, dann einen doppelten. In diesem Sinne ist er 'substanzlos'. Aber er ist dennoch motorisch. Also handelt er, auf gut verstehbare Weise,nun in fremdem Gewande. Er spielt oft die Rolle eines andren. Er entwickelt also die Züge der Hysterie" (Schultz-Hencke, 1951, S. 110).

Das Faxensyndrom gehört zu den Varianten des hysterischen Dämmerzustandes (Stephanos, Biebl u. Plaum, 1976).
Es wird auch Ganser-Syndrom genannt. Die Patienten verhalten sich in Ausnahmesituationen, etwa in einer Untersuchungshaft grotesk, sie vermitteln ihrer Umgebung das Bild einer Geisteskrankheit. Es gehen elementare Kenntnisse, wie z.B. persönliche Orientierung, verloren, das Gedächtnis scheint ausgelöscht zu sein.
"Überwiegt die motorische Ausgestaltung in Form alberner Mimik oder sinnloser Handlungen, wird dieses Zustandsbild als 'Faxensyndrom' bezeichnet" (Stephanos et al., 1976, S. 448).

Als Tics werden von Strunk (1977) rasche koordinierte und unwillkürliche Bewegungen, die in unregelmäßigen Abständen funktionell zueinandergehörende Muskelgruppen erfassen, beschrieben.

"Inwieweit Tics organisch bedingt sind, ist unklar. Eine konstitutionelle Dispositon in Form einer 'Striatumschwäche' wird vermutet" (Strunk, 1977, S. 31.9).
Auch Asam, Probst, Prietz und Karras (1979) beziehen sich in ihrer katamnestischen Untersuchung bei Patienten mit multiplen Tics auf die Definition von Strunk (1977).
Frühere Untersuchungen von Remschmidt (1974), Thalmann (1971), Fiedler und Bannes (1966) und von Harnack (1953) befassen sich im Rahmen der Verhaltensstörungen mit Ticerscheinungen.
Dabei versteht Remschmidt unter Tics "in unregelmäßigen Abständen wiederkehrende, unwillkürlich auftretende, umschriebene 'Zuckungen' einer oder mehrerer Körperregionen ..., die sich in emotionalen Belastungssituationen verstärken" (Remschmidt, 1974, S. 186).
Von Harnack spricht gegenüber der allgemeinen Bewegungsunruhe der hypermotorischen Kinder vom Tic bei "Hyperkinesen, die meist auf eine Muskelgruppe lakolisiert sind, die rasch ablaufen und sich in unveränderter Form wiederholen" (von Harnack, 1953, S. 19).

Eine exakte Abgrenzung der Clownerie gegenüber Faxen und Tics scheint noch nicht möglich zu sein.
Die wenigen Hinweise in der Literatur über Clownerie lassen sich zur übersichtlichen Darstellung in die zwei nachfolgenden Gruppen teilen:

1. Clownerie als Verhaltensstörung in der Schule (2.2.)
   und
2. Clownerie als Verhaltensstörung in der Kinderarztpraxis, beim Psychologen und Kinder- u. Jugendpsychiater (2.3.).

Nach Ockel (1967) bringen die Eltern der Schulkinder den Beginn der Clownerie mit Schulanfang, Lehrer- oder Schulwechsel in Verbindung. "Bei den Kindern über 10 Jahren besteht die Clownerie häufig schon seit Schulbeginn oder noch länger" (Ockel, 1967, S. 43).

2.2. Clownerie als Verhaltensstörung in der Schule

Einer der ältesten Einteilungsversuche von "Kinderfehlern" stammt vom Leipziger Philisophieprofessor Strümpell (Müller, 1976).

Strümpell (1899) bemüht sich in seinem Werk "Pädagogische Pathologie" um eine Klassifikation der Fehler der Kinder. In dem Standardwerk der damaligen Zeit bringt er die Albernheit mancher Kinder mit gleichzeitig vorkommendem Aufgeregtsein in Verbindung und stellte fest, daß diese Fehler schon im frühen Kindesalter auftreten und ein Zeichen von geistiger Begabung sein können.

Eine rein symptomatisch orientierte Klassifizierung der Verhaltensstörungen nimmt Brandt (1967, S. 88 f.) vor. Er teilt die Symptome in drei Bereiche ein (Körperlicher Bereich, Verhaltens- und Lebensbereich, Leistungsbereich), wobei die Clownerien der Kinder als Störungen im Verhaltens- und Lebensbereich genannt werden.

Im differenzierten Symptomschema von Graefe (1956, S. 6 f.) werden die Clownerien und die Koketterien unter Punkt 16 den sozialen Störungen zugeordnet.

In der Freiburger Untersuchung von Tornow (1978) werden von den Lehrern die Albernheiten der Schüler während des Unterrichts als relativ häufig auftretend und stark auffallend bezeichnet.
Im Rahmen der fünf Auffälligkeitssyndrome "Leistungsstörung durch mangelnde Aktivität / regressives Verhalten / dissoziales Verhalten / Unzuverlässigkeit - Schlamperei / Störung des Unterrichts durch Hyperaktivität" wird Albernheit "nicht zu den sozial/disziplinarischen Merkmalen" (Tornow, 1978, S. 80), sondern zu den Störungen des Unterrichts durch Hyperaktivität zugeordnet.

In einer Hamburger Untersuchung ordneten 568 Volksschullehrer und 546 Volksschullehrerinnen gehäuft das Merkmal Klassenkasper, Kaspereien und Grimassenschneiden dem Störenfried der Klasse zu (Wagner, 1959).

Im Rahmen einer Regionalfeldstudie von Kluge et al. (1975) wurden 164 verhaltensauffällige Schüler über die Lehrer mit einem standardisierten Fragebogen erfaßt. Um die Stellung des verhaltensauffälligen Schülers in der Klasse zu ermitteln, wurden den Lehrpersonen (ohne nähere Begriffsdiskussion) das Einteilungsschema von Zügehart vorgelegt: "Resignierter Einzelgänger / ausgeglichener Einzelgänger / Mitläufer / Führer / Klassenclown / breiter Gemeinschaftskontakt" (Zügehart, 1961, S. 144; zit. bei Kluge et al., 1975, S. 63).
Die Auswertung ergab der Rangfolge nach 38 mal Clown, 37 mal demonstrativer Einzelgänger, 29 mal Mitläufer usw.

Der Klassenclown wurde an erster Stelle der Verhaltensauffälligkeiten genannt.

In diesem Zusammenhang wird von Kluge die Definition der Clownerie von Brocher herangezogen, der unter Clownerie: "Jux veranstalten, Witzeln, Nachäffen, um die Arbeit der Gruppe möglichst immer wieder zu unterbrechen" (Brocher, 1967, S. 141) versteht.

Über eine Klassifizierung der Verhaltensstörung gehen Kloß (1952) und Trapmann et al. (1971) hinaus, indem sie die Clownkinder im Klassenverband beschreiben.

Kloß stellt ihre Arbeit unter die Sicht: "Was habe ich an Clownkindern beobachtet, und was für Erfahrungen habe ich mit ihnen gemacht?" (Kloß, 1952, S. 275).
Die von ihr beobachteten Jungen zeigen verschiedene

Clownerien im Klassenverband. Sie unterscheidet die weichen, hübschen Jungen mit den tieftraurigen Augen, die vorwiegend dann Kaspern, wenn sich die Lehrerin mit einem anderen Kind mehr beschäftigt, von denen die unerträglich sind und stören.
Eine Häufung des Grimassierens wurde von ihr zwischen dem 7. und 11. Lebensjahr beobachtet; mit der Vorpubertät läßt die Störung nach und die depressive Seite rückt stärker in den Vordergrund, in einem Fall mit Verwahrlosungstendenzen.
Nach ihrer Meinung lacht und tobt das gesunde Kind aus einem mehr oder weniger ersichtlichen Grund. "Die Clownkinder hingegen zeigen eine unnatürliche Lustigkeit, eine unnatürliche Motorik, die oft mit depressiver Haltung wechselt. Sie sind traurig aus einem unbekannten Grunde und kompensieren diese Traurigkeit mit Clownereien. Sie finden keinen Kontakt, lehnen die Umwelt ab und sind innerlich allein. Durch ihr Benehmen wollen sie niemanden ihre Einsamkeit merken lassen, alle sollen auf sie schauen. Wahrscheinlich suchen sie dadurch Bindung an andere. Haben sie die Aufmerksamkeit der Umgebung auf sich gelenkt, brechen sie ab und sind unbeteiligt" (Kloß, 1952, S. 28o).

Kloß sieht in den geschilderten Fällen eine neurotische Störung, deren Ursprung in der oralen Phase zu suchen ist. Vier der fünf Kinder waren unerwünscht geboren und wurden mit Ablehnung empfangen, behandelt und erzogen.

Im Klassenverband bilden die Kinder einen ständigen Unruheherd. "Sie lenken ab und stören jeden Unterricht. In den zweiten, dritten, vierten Schuljahren (Alter sieben bis neun Jahre) ist die Reaktion eine zustimmende. Die Mitschüler finden es 'ulkig' und amüsieren sich über die Narrheiten. Sie fangen teilweise an, nachzuahmen. Im Alter von zehn bis elf Jahren tritt eine Ablehnung dieser Kinder

auf. Man will mit dem ewig Störenden nicht spielen. 'Der ist ja dof', hörte ich des öfteren. Bald kommen die ersten Elternklagen. Der Lehr- und Lernbetrieb leidet natürlich durch das abartige Verhalten ... Ich habe die Erfahrung gemacht, daß man sich sehr wohl über einen gestörten Mitschüler mit seinen Klassenkameraden unterhalten und sie zur Mithilfe erziehen kann. Die anderen müssen in dem gestörten ein krankes Kind sehen, dem man besondere Pflege und Aufmerksamkeit zuwenden muß. Im fünften Schuljahre kann man das 'Clownproblem' schon besprechen: man lacht, wenn man traurig ist. Das Verständnis ist größer als man annimmt. Die Kinder sehen auch ein, daß sich der Lehrer oftmals mehr mit diesem 'Kranken' befassen muß.
Die Hilfe für ein Clownkind besteht meines Erachtens darin, daß man ihm Bestätigungen gibt, ihm Anerkennung zollt. Ich unterstützte sie dort, wo sie etwas 'Besseres' leisteten als ihre Mitschüler" (Kloß, 1952, S. 28o).

Um den Kindern zu helfen, sei die Zusammenarbeit mit den Eltern besonders wichtig. Wenn diese Vertrauen gefaßt hätten, käme man dem Kernproblem näher und könne versuchen prophylaktisch zu wirken.
Darüber hinaus müßte man nach Kloß Klassen bilden, "schon vom zweiten Schuljahre an, in denen man sich mit den gehemmten Kindern befassen, sie fördern und vielleicht in den alten Klassenverband zurückführen kann. Hand in Hand damit müßte eine tiefenpsychologische Betreuung, in den meisten Fällen sogar eine Behandlung, sei es durch Erziehungsberatungsstelle oder Institut für psychogene Erkrankungen, gehen. Das bezieht sich nicht nur auf Clown-, sondern auf all' unsere gehemmten Kinder" (Kloß, 1952 S. 281).

Michaels Verhalten, daß zu einem Problem für seine Eltern und Lehrer geworden ist, wird von Trapmann, Liebetrau und

Rotthaus (1971) beschrieben.
"Michael stört in der Klasse durch seine Albernheiten. Er spielt für seine Mitschüler sozusagen den 'Clown'. Man spricht deshalb auch bei einem solchen Verhalten von Clownerie. Albernheiten und Clownerien findet man nicht selten schon bei Kindern von drei oder vier Jahren. Sie machen ständig Faxen, führen sich albern und 'kindisch' auf und strapazieren damit die Geduld ihrer Eltern. Meist ist dabei deutlich zu merken, daß sich diese Kinder irgendwie 'aufspielen' wollen, daß sie sich in den Mittelpunkt des Interesses rücken wollen" (Trapmann et al., 1971, S. 16).
Als Bedeutung und Ursache für Albernheit (Clownerie), Angeberei wird nach Trapmann et al. übermäßiges Geltungsbedürfnis angegeben, was fast durchweg auf einer Selbstunsicherheit gründet.
Wenn das Kind nicht die Liebe und Zuwendung von seinen Eltern und Erziehern erfährt, die es braucht, sagt es sich unbewußt:"Wenn ich schon nicht geliebt werde, dann will ich wenigstens bewundert werden" (Trapmann et al., 1971, S. 17).
Dazu kommt nach Trapmann et al. bei Kindern, die zur Albernheit und Angeberei neigen, daß sie durch Leistungen die angestrebte Aufmerksamkeit nicht erreichen zu können glauben.
"Recht häufig beobachtet man Albernheiten und Clownerien bei einem Kind, das fast ausschließlich mit Erwachsenen zusammen ist und kaum mit Gleichaltrigen spielt. Aufgrund des Altersunterschiedes ist dieses Kind höchstens für ganz kurze Zeit in der Lage, sich leistungsmäßig den Erwachsenen anzugleichen, mit ihnen 'mitzuhalten' und damit ihre Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Andererseits aber hat es wahrscheinlich die Erfahrung gemacht, daß es durch seine Albernheiten und Faxen die Erwachsenen zum Lachen bringen kann. So wird es dann, um nicht unbeachtet zu bleiben, in zunehmendem Maße versuchen, sich durch Clownerien interessant zu machen" (Trapmann et al., 1971, S. 18).

Darüber hinaus treten Albernheiten und Clownerien bei Kindern besonders häufig auf, bei Mangel an Anregungen durch die Eltern im Alter von drei bis sechs Jahren. Die Kinder scheinen in diesen Fällen sozusagen gezwungen zu sein, Albernheiten zu veranstalten, um das Interesse wenigstens so auf sich zu lenken (Trapmann et al., 1971).
"Häufig treten Clownerie und Albernheit aber auch erst so recht in Erscheinung, wenn das Kind in der Schule mit Gleichaltrigen zusammenkommt. Das ist dann zumeist ein Zeichen dafür, daß das Kind noch sozial unreif ist, daß es sich schwer den Gleichaltrigen anschließt und von diesen auch nicht voll angenommen wird. Zumeist ist dieses Kind auch den schulischen Anforderungen noch nicht gewachsen und nicht in der Lage, sich durch Leistungen Beachtung zu verschaffen. So greift es dann als Ersatzhandlung zu Faxen und Albernheiten, durch die es wenigstens vorübergehend die Aufmerksamkeit der Mitschüler - und der Lehrer - erregt. Letztlich vergrößert sich damit die Distanz zu den Gleichaltrigen nur noch mehr, da dieses Kind von den Mitschülern bald nur noch als ein Clown angesehen wird, den man nicht ganz für voll nimmt" (Trapmann et al., 1971, S. 18 f.).

Was ist zu tun?

Aus dem Gesagten läßt sich nach Trapmann et al. ableiten, daß es wichtig ist, "dem Kind eine uneingeschränkte, leistungsunabhängige Zuwendung und Aufmerksamkeit zuteil werden zu lassen. Nur so gewinnt das Kind die notwendige Selbstsicherheit, deren Mangel es durch seine Albernheiten und Angebereien zu überspielen sucht" (Trapmann et al., 1971, S. 2o).

Auch Dreikurs (1971) sieht es als wirksam an, "auf häufige Klassenstörungen, die auf ungebührliche Aufmerksamkeit

ausgehen, mit Aufmerksamkeit zu reagieren" (Dreikurs, 1971; zit. bei Müller, 1976, S. 14o). Nach Müller (1976) ist das Kind dann in der Regel verblüfft, weil die erwartete Genugtuung des Lehrers ausbleibt.

"Spielt ein Kind den Clown, kann man mit dem Unterricht aufhören und die anderen auffordern, dem störenden Kind zuzuschauen" (Dreikurs, 1971; zit. bei Müller, 1976, S. 14o).

So sieht auch Domke (1975) in der Thematisierung des Disziplinkonflikts eine günstige Reaktionsmöglichkeit auf besonders erziehungsschwierige Situationen.

Wenn es einen zentralen Gesichtspunkt in der Behandlung von gestörten Kindern gibt, "so besteht er in der Herstellung befriedigender und sicherer Beziehungen zum Kind, so daß es mit sich selbst zufriedener ist" (Blackham, 1979, S. 125).
Dieser Bemühung stehen aber die im organisatorischen Rahmen der Schule abverlangten Leistungen (Brusten und Hurrelmann, 1974) entgegen. Die Leistungen sind "zumeist zu stark vom Zentrum persönlicher Bedürfnisse abgespalten, sie sind zu künstlich und fremd, sie lassen nur auf ganz schmalen und eingeengten Gleisen eine Entfaltung der Persönlichkeit zu" (Brusten und Hurrelmann, 1974, S. 16).
Darum ist es um so wichtiger, daß der Lehrer, der dem Kind helfen will, "eine Beziehung zu ihm herstellt, die bejahend, berechenbar, sicher und bedürfnisbefriedigend ist" (Blackham, 1979, S. 248).

Nach Müller (1976) steht und fällt der Erfolg der pädagogischen Arbeit in der Schule am verhaltensgestörten Kind letztlich mit der Lehrerpersönlichkeit. "Darum hat

der Lehrer auch an sich selbst psychologische Forderungen zu stellen: Er darf sich nicht überfordern, erschöpfen und aus der letzten Reserve an psychischer Energie arbeiten. Ruhe, Gelassenheit, Ausgeglichenheit, Distanziertheit, Heiterkeit und Humor werden auch das noch so geschädigte Kind auf die Dauer nicht unbeeindruckt lassen" (Müller, 1976, S. 179).

2.3. Clownerie als Verhaltensstörung beim Kinderarzt, Psychologen und Kinder- und Jugendpsychiater

Scholz (1912; zit. bei Allers, 1937) teilt die Kinderfehler in drei Gebiete ein. Seiner Systematik dienen dominierende Verhaltensmerkmale, die auf die alte Trias der psychologischen Funktionsbereiche des Denkens, Fühlens und Wollens zurückgreifen.
Das unruhige, linkische, alberne Kind wird von ihm in die Gruppe der reizbaren Schwäche des Nerven-Muskelsystems unter C den Kinderfehlern auf dem Gebiete des Wollens und Handelns zugeordnet.

Satir (1973) sieht die Kinderfehler als Spiegel der ungelösten Konflikte zwischen den Eltern. "Das kindliche Verhalten, soweit es versucht, auf die unklaren und widersprüchlichen Wünsche seiner Eltern zu reagieren, spiegelt die ungelösten Konflikte zwischen den Partnern wieder und karikiert sie" (Satir, 1973, S. 45).

Die von Ockel (1967) durchgeführte Studie beschäftigt sich vor allem mit der Untersuchung der Symptomatik, der Persönlichkeitsmerkmale sowie der Genese, und versucht, spezifische Faktoren herauszustellen, die für die Entstehung der Clownerie bedeutsam sein könnten. Dabei stützt sich Ockel auf die Auswertung von 80 innerhalb von 3 Jahren

routinemäßig angefertigten Untersuchungsprotokolle bei Kindern und Jugendlichen, die im Psychotherapeutischen Institut für das Land Niedersachsen vorgestellt wurden. Die Untersuchungen enthielten immer eine tiefenpsychologische Anamnese, einen Scenotest und eine freie Zeichnung. Wartegg-Zeichen- und -Erzähltest, Düss-Fabeltest und einige andere Testverfahren wurden je nach Alter und Fragestellung zusätzlich verwandt. Bei allen Kindern waren neben anderen, meist im Vordergrund stehenden Auffälligkeiten, eine Clownerie beobachtet worden.
Bei genauerem Studium mußten 13 Fälle ausgesondert werden, weil u.a. organische Ursachen das Bild der Clownerie in stärkerem Maße beeinflußten. Es handelte sich um kleinkindliches Strahlen, Zappeln, um Naivität, ticartige Erscheinungen, aggressive Willkür oder um organische Ursachen. Bei weiteren 11 Protokollen fehlten aus verschiedenen Gründen vollständige Angaben. So konnten Pflegeeltern, oder der begleitende Vater bzw. die Großmutter nur ungenaue Angaben über die frühe Kindheit machen.

Für die Auswertung blieben 56 Untersuchungsprotokolle übrig. Es handelte sich um 47 Jungen und 9 Mädchen. Die Jungen erschienen in der Überzahl, und zwar in einem Verhältnis von 5 : 1. Im gleichen Zeitraum von 3 Jahren betrug das Verhältnis aller im Institut untersuchten Jungen und Mädchen bei einer Gesamtzahl von 1.4oo 2 : 1.

Die Altersverteilung der Kinder zeigte einen Schwerpunkt zwischen dem 6. und 12. Lebensjahr.
Bei der Stellung der Geschwisterreihe ergab sich folgendes Bild:

Einzelhind	= 22
1. Kind	= 13
2. Kind	= 18
4. Kind	= 1
6. Kind	= 2.

Der Schulbesuch der Kinder gliederte sich folgendermaßen auf:

11 Kinder besuchten noch keine Schule
27 Kinder die Unterstufe der Volksschule,
4 Kinder die Mittelstufe der Volksschule,
1 Kind die Mittelschule,
13 Kinder die Oberstufe.

Nur bei 4 der 56 Kinder wurde eine unterdurchschnittliche Intelligenz festgestellt.

Bei der Symptomatik unterschied Ockel zwei phänomenologische Gruppen.

Gruppe I:

Sie besteht aus 38 Jungen und 5 Mädchen.
In dieser Gruppe hatte die Clownerie folgende Merkmale:

1. Clownen, auch kaspern, Faxen machen, grimassieren genannt.
   "Darunter werden willkürliche gesteigert, oft verzerrt wirkende Bewegungen der mimischen Muskulatur verstanden, die vielfach von ausladenden, unkoordinierten Bewegungen der Arme und Beine oder auch des ganzen Körpers begleitet sind" (Ockel, 1967, S. 42).

   Eine Mutter berichtete: "Er spielt den Klassenclown. Zu Hause beim Mittagessen schneidet er Fratzen, lacht albern und verdreht die Augen."

2. Komische Bemerkungen machen oder maniert sprechen. "Wolf, 8;2 Jahre, ist in der Klasse auf einen anderen Platz strafversetzt worden. Er macht vor seinen neuen Banknachbarn eine

Verbeugung und sagt: 'Schön, daß ich euch auch einmal kennenlerne!'"
Ockel berichtet, daß diesen Verhaltensauffälligkeiten von den Eltern meist weniger Beachtung geschenkt wird.
Anlaß der Vorstellung im Institut, soweit es sich um Schulkinder handelt, sind ausnahmslos die Schulschwierigkeiten. Mehr als die Hälfte der Kinder träumt, schaltet ab, trödelt, vergißt die Aufgaben, andere stören den Unterricht, passen nicht auf, können nicht stillsitzen.
Eine starke motorische Unruhe, manchmal auch Nervosität genannt, fällt allen Eltern auf.

Eine Mutter berichtet: "Michael ist immer in Bewegung. Die eine Hand findet nicht mal Ruhe in der anderen. Er ist den ganzen Tag auf der Straße und tobt herum."

Eine auffallende Wißbegier beeindruckt die Eltern, die aber mehr als kleinkindliche Neugier bezeichnet wird.
An Frühsymptomen finden sich nach Häufigkeit geordnet Daumenlutschen, Pavor nocturnus, Eßstörungen, Nägelkauen und Bettnässen.

Die Gruppe II:

Sie besteht aus 9 Jungen und 4 Mädchen.
In dieser Gruppe hatte die zuvor beschriebene Clownerie einen viel heftigeren Charakter und wirkt auf die Umgebung zwar noch belustigend, aber auch verärgernd und unheimlich.

"Der 8jährige Andreas sitzt auf der Schulbank. Plötzlich ertönt von draußen der Lärm eines Düsenjägers. Andreas springt auf, wirft sich auf den Boden und schlägt wild um sich. Die Klasse lacht, ist aber auch etwas bestürzt."

"Die Schulkinder dieser Gruppe zeigen ebenfalls Verhaltensschwierigkeiten im Sinne von Unkonzentriertheit in Schule und Elternhaus. Sie sind entweder interesselos, unbezogen, oft nicht ganz anwesend; oder sie stören durch flegelhaftes Benehmen. Rechthaberei und vor allem Distanzlosigkeit" (Ockel, 1967, S. 43).

"Michael, 7,4 Jahre, schimpft über die Figur der Mutter und sagt ihr, sie sei ein dickes Schwein, er wolle eine schöne Mutter haben."

Einige Kinder leiden unter Pavor nocturnus und Nägelkauen.
Bei 3 Kindern dieser Gruppe trat die Vermutung einer Mitbeteiligung frühkindlicher Hirnschäden bei der Entstehung des Krankheitsbildes auf.
Den Beginn der Clownerie brachten die Eltern der Schulkinder mit Schulanfang, Lehrer- oder Schulwechsel in Verbindung.
Bei den Kindern über lo Jahren bestand die Clownerie häufig schon seit Schulbeginn oder noch länger. Einige Eltern erinnerten sich an eine Verhaltensänderung ihrer Kinder zwischen dem 3. und 5. Lebensjahr. Damals seien bereits Unruhe, Spielunlust, ängstliches Verhalten und (selten berichtete) Clownerie aufgefallen. Etwa im gleichen Zeitraum sei die Frühsymptomatik, z.B. Daumenlutschen, Bettnässen, verschwunden.

Bei der Gruppe I fiel auf, daß bei 2/3 der Kinder im Zeitraum zwischen dem 3. und 5. Lebensjahr eine verwöhnende Pflegeperson (meist die Großmutter mütterlicherseits) auszog oder ein Geschwister geboren wurde (bei Jungen immer die Geburt einer Schwester).

Bei der Gruppe II standen zu der gleichen Zeit bei etwa einem Drittel der Kinder Ehescheidung oder Wiederheirat im Vordergrund.

Als Persönlichkeitsmerkmale fand Ockel in der Gruppe I, daß viele Jungen weiche, fast mädchenhafte Gesichtszüge haben, bei einigen Mädchen fiel das knabenhaft geschnittene Haar und eine Neigung, unvorteilhafte Kleider zu tragen auf. "Der kleinkindliche-strahlende Gesichtsausdruck hatte etwas Maskenhaftes, und die immer wieder beschriebene Verschlossenheit und Zurückhaltung straft die Zutraulichkeit, die die Kinder zunächst anbieten, Lügen" (Ockel, 1967, S. 43).
Arme und Beine befanden sich im Sinne einer motorischen Unruhe dauernd in Bewegung.

Während sich in Gruppe I die Kinder mit ihrem kleinkindlichen strahlenden Verhalten immer wieder auf die Mutter bezogen, erschienen die Kinder der Gruppe II eher unbezogen, zum Teil auch distanzlos-unbekümmert.
Im Gesichtsausdruck vermischten sich strahlende Kleinkindlichkeit mit abweisender, verschlossener Miene und unbezogenem Schweifen ohne Blickkontakt. Die Frage nach Wünschen wurde meist mit unbestimmten oder riesengroß bejaht.
Ferner berichtet Ockel, daß Gleichgültigkeit oder Zerstörungsneigung den Umgang mit eigenen Besitz und dem anderer charakterisieren.
"Gemeinschaftsstörend, überheblich und prahlend oder auch teilnahmslos, unbezogen verhalten sie sich ihren Kameraden

und Geschwistern gegenüber. Sie haben selten Freunde und werden oft als kontaktarm bezeichnet. Wirklich behaupten können sie sich nicht. Sie neckten zwar, stiften auch an, aber direkten Auseinandersetzungen sind sie hilflos ausgeliefert, weinen oder schlagen blind um sich" (Ockel, 1967, S. 44).
Die Eltern dieser Gruppe beklagten sich über distanzloses Verhalten und ungesteuerte Willkür.

"Vor allem die Beziehung der Mutter ist ambivalent. Neben dem Bedürfnis gerade sie zu ärgern, besteht doch, wenn auch versteckt, der Wunsch, immer wieder ihre Nähe zu suchen" (Ockel, 1967, S. 44).

Bei den Entwicklungsauffälligkeiten in den ersten Lebensjahren der Gruppe I fiel auf, daß es sich vorwiegend um unerwünschte Kinder handelte. Entweder bildete die Schwangerschaft den unerfreulichen Anlaß zur Eheschließung, oder die Kinder wurden aus anderen, nicht genau zu erfahrenden Gründen abgelehnt.
Bei über der Hälfte der Mädchen wurde von den Eltern der Wunsch nach einem Jungen ausgesprochen.
Während der ersten 3 bis 4 Lebensjahre spielten in den meisten Familien Großmütter, seltener Tanten, Onkel, Großväter oder auch der eigene Vater (vor allem bei den Mädchen) eine verwöhnende Rolle. Eine große Zahl dieser unerwünschten Kinder wurde lange, zwischen 4 und 9 Monaten, gestillt. Dem frühen Beginn der Sauberkeitserziehung zwischen dem 6. und 9. Monat stand die relativ späte Beendigung zwischen 2;6 und 3. Lebensjahr gegenüber.
Eine Trotzphase wurde entweder gar nicht oder kaum durchlaufen oder aber heftig erlebt, dann jedoch mit drastischen Mitteln bekämpft. Von Frühsymptomen seien vor allem Daumenlutschen, Nägelkauen und Pavor nocturnus erwähnt, die häufig um das 4. Lebensjahr verschwanden. Eine sexuelle

Aufklärung erfolgte ganz selten.

In der Gruppe II verliefen die überwiegend unerwünschten Schwangerschaften oft mit Erbrechen. Auch in dieser Gruppe waren die Jungen in der Überzahl. Fast übereinstimmend wurden Schwierigkeiten geschildert, die bereits wenige Tage nach der Geburt bei den Neugeborenen auftraten: Zerbeißen der Brust, Nahrungsverweigerung, unentwegtes Schreien bis zu schweren Ernährungsstörungen, die zum Teil einen Krankenhausaufenthalt notwendig machten. In dieser Gruppe wurde nur die Hälfte der Kinder länger als 4 Monate gestillt. Auch hier begann die Sauberkeitserziehung sehr früh, oft schon im 3. Monat, und wurde erst spät beendet. Die oft heftige Trotzphase bekämpfte man mit Schlägen und Drohungen, aber nicht so erfolgsreich wie bei den Kindern der Gruppe I. Es entstand sogar der Eindruck, daß diese Kinder Schläge mit einer gewissen Genugtuung erlebten. Als Frühsymptome standen Daumenlutschen, Pavor nocturnus, Nägelkauen und Bettnässen im Vordergrund.
Auch diese Kinder wurden sexuell meist nicht aufgeklärt.

Die Familiensituation der Jungen in Gruppe I zeigte als besonderes Charakteristikum die Beziehung der Mutter zu der im Haushalt lebenden Großmutter. Man konnte dem schwer zu unterbrechenden Redefluß der Mutter entnehmen, daß die Großmutter die Jungen zu sehr verwöhnten und in ihrer "Herzenswärme" geradezu behexten. Aber gleichsam als Entschuldigung dieser Anklage betonten sie, wie dankbar sie der Großmutter für deren Mithilfe im Haushalt sowie deren finanzielle Unterstützung seien müßten.
Dem Untersucher fielen während des Gesprächs die inadäquaten emotionalen Äußerungen der Mütter auf, wenn sie z.B. lachend ihre Klagen vortrugen.
Die Ehemänner spielten in der Familie nur eine unbedeutende Rolle. Ruhig, bescheiden, sehr ordnungsliebend und sparsam widmeten sie sich meist ganz ihrem Beruf und sind wenig zu

Häuse. Es sind vorwiegend Handwerker, Behördenangestellte und Akademiker. Der Kontakt zu den Jungen ist mehr kameradschaftlich einfühlsam, aber auch ängstlich einengend und leistungsbetont. Im Jähzorn können sie heftig zuschlagen. Von einigen Ehemännern wurden kleine niedliche Kinder bevorzugt. Andere machten gerne jeden Unsinn mit.

Die wesentlichen Unterschiede zwischen den Müttern der Jungen der Gruppe I gegenüber der Gruppe II lagen in den schwer zu beschreibenden unbezogenen burschikosen Verhaltensweisen.

"Frau K., 35 Jahre, macht einen intelligenten Eindruck. Sie spricht gewandt mit vielen bildhaften, oft burschikos wirkenden Redewendungen: Sie sei evangelisch und bliebe es auch kräftig. Sie betont: 'Wir müssen sparen. Wir haben keinen Mann, der in der Ecke steht und uns Geld macht.' Die Schwangerschaft war keine Wonne. Michael hatte mit vier Wochen ganz tolle Ernährungsstörungen. Sie sei geruchsempfindlich, deshalb habe sie den Jungen, als er wieder einmal seinen Haufen neben den Topf machte, mit der Nase kräftig hineingestubst. 'Das ist kein schönes Mittel, aber seitdem ging es ziemlich gerade' " (Ockel, 1967, S. 46).

Diese Mütter wiesen vor allem im Kontaktbereich Gehemmtheiten auf. Inadäquate Gefühlsäußerungen wechselten mit außerordentlicher Kühle und Unbezogenheit. Starke Verpflichtungsgefühle, sich übermäßig für Haushalt, Beruf und Kinder einzusetzen, führten dazu, daß sie sich den Söhnen unzureichend und emotional unbeteiligt widmeten. Unberechenbarkeit und aggressive Willkür spielten auch dort neben der Opferbereitschaft eine große Rolle. Spannungen in der Ehe, die sehr oft zu Scheidungen führten, verliehen der häuslichen Atmosphäre Ungemütlichkeit, ja oft auch Unheimlichkeit.

Die dazu gehörigen Väter erschienen streng, dominierend, rechthaberisch und ehrgeizig.

Zur Familiensituation der Mädchen in Gruppe I ließen sich kaum bevorzugte Persönlichkeitsmerkmale der Eltern, wegen der kleinen Zahl der Mädchen in dieser Gruppe, kennzeichnen. Es schien jedoch, als hätten die Väter sehr viel mehr Einfluß auf die Entwicklung des Kindes. Oft wurden die Mädchen geradezu als Vater-Kind bezeichnet.

In der Gruppe II der Mädchen konnten keine Gruppierungen, wegen der kleinen Zahl, vorgenommen werden. Es war aber auffällig, daß die Väter sich intensiv um ihre Töchter kümmerten.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß Ockel zwei phänomenologisch unterscheidbare Gruppen, die auch in ihren Entwicklungsbedingungen differierten, herausstellte:
"Eine größere Gruppe von vorwiegend depressiv-zwangs-neurotisch strukturierten Kindern und eine kleinere Gruppe, bei der neben depressiven und zwangsneurotischen die schizoiden Strukturelemente ein größeres Gewicht hatten" (Ockel, 1967, S. 51).

Eine klinische Fallbeschreibung der Clownerie liefert Sirois (1973).
Er beschreibt die klinischen Aspekte von France und Stephan.

> France
> Sie ist 8 Jahre alt. Ihre Mimik ist gewandt, ihr Gesicht schelmisch. Sie dreht und wendet sich leicht und äußert sich mit verstärkter Gestik. Sie ist oft zerstreut. Sie zeigt keine Verhaltensprobleme und hat gute Erfolge in der Schule. Ihr

clownhafter Gang kommt im Umgang mit ihren Freundinnen selten zum Vorschein, des öfteren aber im Umgang mit den Erwachsenen oder mit den Eltern und besonders bei Familientreffen. Man spricht über ihre lo Jahre alte Schwester, daß sie gut aussehe und intelligent sei. Wenn man also oft über ihre Schwester spricht, wird sie clownhaft. Diese Haltung bringt sie nie in Verlegenheitssituationen, sondern verursacht ein aufgeheitertes Erstaunen in der Umgebung. Sie kann plötzlich aufhören, wenn sie zum Spiel mit ihren Freundinnen zurückkehrt. Ihre Haltung ruft Aufmerksamkeit hervor. Sie gerät somit in direkten Wettstreit mit ihrer Schwester um die Bewunderung seitens ihres Vaters und allgemeiner betrachtet um die Zustimmung (Reich, 1949; nach Sirois, 1973) der Erwachsenen. Ihre Leistung soll ihren eigenen Wert unter Beweis stellen.

Stephan

Stephan ist 4 Jahre alt. Seine Mutter sucht den Arzt auf, weil er den "Trotteligen" spielt, besonders vor seinen Großeltern und den Erwachsenen überhaupt. Das Kind wird beschrieben als aggressiv gegen seine 2 Jahre alte Schwester. Er besprengt sich und seine Großmutter, wenn sie ihn besucht; er stolpert auf dem Teppich herum während ihres Besuches; er beschmutzt sich beim Essen durch lächerliche Art und Weise; er zieht seine Hosen verkehrt an, wenn seine Mutter auf ihn zum Ausgehen wartet. Dennoch ist er geschickt im Ballspielen, im Zeichnen und in kopfzerbrechenden Aufgaben. Er ist sehr ausgewogen. Gegenüber seiner Mutter ist er jähzornig, wenn ihm widersprochen wird. Er verlangt, daß man ihn zum Essen bringt. Er spricht wenig, besonders was seine Bedürfnisse

angeht. Die Strafen durch seine Mutter wegen seiner Clownerien sind ohne Wirkung.
Stephan ist das Älteste von 3 Kindern. Der Vater ist oft abwesend und die Mutter hat es schwer mit der Kontrolle über ihn Zuhause, außer wenn sie ihm ihre Aufmerksamkeit schenkt. Sie ist ängstlich in ihrer Mutterrolle, hauptsächlich weil sie die fast totale Verantwortung trägt. Ihr Mann erweist sich ihr gegenüber als invalide und gebrechlich durch Krankheit, und sie stellt sich vor, daß ein einfacher Widerspruch ihn zerstören und in die Krankheit stürzen könnte. Stephan legt seine Identifikation durch sein clownhaftes Verhalten offen dar. Der fast zufällige, jähzornige Charakter seiner Handlungen entlockt ihm oft die Verantwortung dafür. Sein Vater weicht aus unter dem Deckmantel der Krankheit, Stephan seinerseits unter dem Deckmantel der Ungeschicklichkeit. Im übrigen hängt die motorische Überschwenglichkeit die seine Clownhaftigkeit charakterisiert von der Ausdrucksweise seiner Mutter ab, die stammelt, herumhetzt und in Zorn gerät. Das clownhafte Verhalten von Stephan bringt manchmal zum Lachen, meistens ist es aber provozierend.

Es bestehen wichtige Unterschiede im clownhaften Verhalten diser zwei Kinder. France, in der Periode der Latenz, besitzt die psychomotoische Beherrschung über ihr Verhalten. Ihre Leistung ist syntonisch zu ihrer Umgebung und zu ihrem Ich. Das libidinale Element überwiegt dem aggressiven Element. Sie mobilisiert einige der autonomen Funktionen des eigenen Ichs, um sich die elterliche und väterliche Liebe erneut zu suchen, um in dieser Absicherung im wirk-

samen Wettstreit mit ihrer Schwester zu bleiben, und wahrscheinlich um die Gefahr der Mißbilligung der Eltern für ihre oedipalen Regungen zu mindern.

Im Gegensatz dazu bleibt Stephan ungeschickt in seiner Ausführung, was verbunden sein kann mit der Unreife der feinen Motrizität in diesem Alter oder mit der Armut an symbolischer Darstellung. Aber sein clownhaftes Verhalten scheint zu frühreif, stark defensiv und schlecht integriert. Es verbirgt hauptsächlich eine Aggressivität, die seine Rolle als Sündenbock für die Frustration seiner Mutter reflektiert.

Nach Sirois (1973) tritt das Clownhafte als Ausdrucksform beim Kind öfters auf als beim Erwachsenen. Das hängt wahrscheinlich vom Übergewicht der Bewegung gegenüber dem Verbalen als Seinsweise in diesem Alter ab.
Im Alter der Latenz nämlich erhält die verfeinerte Motrizität, die für die clownhafte Ausdrucksweise notwendig ist, ihre volle Entfaltung.
Beim Erwachsenen tendiert das Clownhafte oft zum Lächerlichen hin; beim Kind dagegen passiert dies seltener (Sirois, 1973).

2.4. Betrachtungen des Clowns

Grotjahn (1974) beschreibt den großen Clown als einen schöpferischen Künstler und, wie der Analytiker, als einen Deuter.
"Doch anders als der Wissenschaftler deutet er keine objektiven Tatsachen der Außenwelt, sondern subjektive Wahrnehmungen der Innenwelt.
Bei der Traumarbeit, der Witzarbeit und der künstlerischen Arbeit findet ein schöpferischer Prozeß statt. Unbewußte Tendenzen werden in Träume, Witze oder Kunstwerke verwandelt" (Grotjahn, 1974, S. 1o7).

So unterscheidet sich Kunst auch vom Amüsierbetrieb und Unterhaltungstheater nach Grotjahn, "insofern sie mehr als Lust, nämlich eine intuitive Analyse ist, eine Deutung, eine Einsicht in Unbewußtes, die sich in einen freien Ausdruck unserer Lebensgefühle und -überzeugungen verwandelt" (Grotjahn, 1974, S. 1o8).

Der Clown als Dummkopf im allgemeinen, hat viele Facetten einschließlich der augenscheinlichsten, der des Humors (Willeford, 1969).
Der von Daniels (1974) beschriebene berühmte Moskauer Clown Popov spielt mit seinem Humor ständig an der Grenze zwischen body-I-have und body-I-am.
Dieses Spiel mit der Grenze wird ausgedehnt dargestellt durch die Vorführung der Jongleure, mit ihrer atemlosen Aufmerksamkeit von Zeit und Ort, wie sie ihren Körper nutzbar machen in der Beziehung zu Objekten in der Welt und der Vorführung von Popov, der die Bewegung der Jongleure spielt, aber mit einer Gemütlichkeit, die ihre Vorführung unheimlich witzig erscheinen läßt. Die spielerische Verwirrung von body-I-have mit body-I-am wird weiter gesteigert durch seine idiotische Auswahl der Objekte, die jongliert werden,

so daß ihre Funktion verloren geht - z.B. jongliert er einen Regenschirm mit einer Hand, um zu verhindern, daß nicht existierender Regen in ein Becken fällt, welches er auf seinem Kopf balanciert.
Der dämonische Aspekt des Clowns zeigt sich nach Daniels (1974) in einer anderen Nummer. Nachdem starke Männer mit Schlangen rangen, erscheint Popov mit einer Zauberflöte, und läßt diese spielend eine Papierschlange aus einem Korb hervorkommen.
Mit einem Schlag erscheint die Macht des Clowns, wie er blödelhaft die Stärke der Schlangen und Männer wiedergibt (Daniels, 1974).

Auch bei den heiligen Clowns der Pueblo und Mayo-Yagui Indianern erscheint der dämonische Aspekt. Man sagt den Clowns, die bei vielen Festen auftreten, übernatürliche Kräfte nach, wie Parsons und Beals (1934) berichten.

Nach Willeford (1969) zeigt uns der Narr (fool) in seinen Tricks, die er mit uns spielt, daß wir uns in der Annahme, wir wären bloß Mitglieder des Publikums - non-fools -, die einen Narren auf der Bühne beobachten, getäuscht haben.
Das Gelächter, das vom Clown hervorgerufen wird, wie Plessner (197o) darstellt, ist das Reestablishment von menschlicher Beziehung zu seinem Körper; es ist die Antwort auf unbeantwortbare (aber nicht lebensbedrohliche) Situationen in denen menschliche exzentrische Positionen problematisch werden.
Clowning, "my be useful in transmitting reality across ego boundaries in the right blend of distence and closeness ..." (Rose, 1966, p.939; zit. bei Daniels, 1974, S. 47o).

Sirois (1973) beschreibt die unterschiedlichen dynamischen Konstellationen des Clowns und deren Wirkungen auf die Umgebung.

Der sauertöpfige Clown ist aggressiv. Er sucht einen Racheakt ohne Schuldgefühl. Seine Leistung verbindet sich mit unangenehmen und beunruhigenden Handlungsweisen für die Umgebung.
Der süß-säuerliche Clown ist derjenige, dessen Handlung ihn mit dem Publikum verbindet; er ist ein Spannungsventil. Er ist oft der Sündenbock einer Familie oder die wirkende Kraft von karikierten Ausdrucksformen der versteckten oder ignorierten Unstimmigkeiten in einer Familie, die in einer gespielten Gegenseitigkeit lebt.
Der köstliche Clown ist derjenige, der sich zur Schau stellt zur eigenen Freude und zur Freude seiner Umgebung. Er ist charmant und naiv: er ist der besprengte Sprenger. Manchmal ist er in den frühreifen Entwicklungsphasen der Adoleszenz wiederzufinden, und er kann bis ins Erwachsenenalter diesen kristallisierten Zug bewahren. Er ist Exhibitionist und manchmal ist seine sexuelle Identifikation schwierig und gestört.
Welche auch immer seine Transaktionen mit der Umgebung sind, der Clown zieht immer Vorteile aus seinem Verhalten. Sein Pech entwaffnet die Repressalien, seine Ungeschicklichkeit hebt seine Verantwortung auf, sein komisches Verhalten löst die Ungeduld auf. Er begünstigt die Billigung, die ihn zur Tat bringt.

Vom genetischen Gesichtspunkt aus gesehen ist die Erscheinung des Clownhaften nach Sirois (1973) verbunden mit dem Reifungsprozess des Ichs und benötigt einige Errungenschaften bei den autonomen Funktionen des Ichs. In der Latenzphase kann dies ein Anpassungsmechanismus sein, der die Form eines diesem Alter eigenen Charakterzuges annimmt. Dieser Zug sichert eine wirksame Sublimation mancher libidinaler Regungen in der ödipalen Zielstrebigkeit (Reich, 1949; nach Sirois, 1973).
Die Erscheinung einer tölpelhaften Clownerie vor der

Latenzperiode kündigt die Verdeckung wichtiger aggressiver Regungen an. Dieser Mechanismus wird pathologisch, weil er sich gegen das Kind wendet, das davon nichts gewinnt, aber für das Clownhafte einen Preis bezahlt. Die Ängstlichkeit, verbunden mit dem Ausdruck der Aggression, die das Ich umgehen, möchte durch Clownhaftigkeit aber neutralisiert werden, wegen der Unreife des Ichs. Die clownhafte, tölpelhafte Handlung verdeckt dann sehr schlecht die Regung, und die Ängstlichkeit wird verstärkt durch das Gefühl der Niederlage.
Man kann das Clownhafte sehen als einen Mechanismus, der der Regulierung des eigenen Images dient. Annie Reich (1960) beschreibt die Selbstgefälligkeit und die Selbsteinschätzung als pathologische Formen der Regulierung des Selbstbewußtseins. Im Grenzfall ist das Clownhafte mit diesen Mechanismen verwandt, weil es auch eine starke Ambivalenz des eigenen Images verrät: Der Clown ist voll von Finessen und Pointen, aber er ist auch derjenige, dessen lächerliche Handlungsart zum Lachen bringt. Man mag ihn am meisten, wenn er sich in Verlegenheitssituationen befindet.
Die Leistung des Clowns benötigt eine Zuhörerschaft. Diese Zuhörerschaft, indem sie die Handlung gutheißt oder tadelt, spielt die Rolle des Über-Ichs (Reich, 1949; nach Sirois, 1973).

Nach Bergson (1963) besteht das Clownhafte aus motorischer Ausgelassenheit, wobei Ungeschicklichkeit, Gedankenlosigkeit, Übertreibung, Verstellung, Gebärde und Lapsus ineinander übergreifen.

Eine Differenzierung der Kreativität zwischen dem Witz und dem Clown nehmen Singer und Berkowitz (1972) vor.
Witz enthält Wortspiel und verbal-kommunizierte Beeinflußung von visuellen Vorstellungen, um Meinungen zu übertragen.
Er sollte daher mehr vorkommen bei Indiviuen mit hoher Kapa-

zität für kreative Informationsprozeße in verbalen Assoziationen und ideellen Wegen.

Clowning auf der anderen Seite benutzt die Körpersprache und den Gesichtsausdruck.
Es ist mehr "regressiv" im Sinne von Benutzung entwicklungsmäßig gesehen früherer Formen des Ausdruckes und der Kommunikation (Singer und Berkowitz, 1972).

2.5. Hypothesen zur Entwicklung der Clownerie

Die von Ockel (1967) aufgestellten Hypothesen der Entwicklung der Clownerie beziehen sich auf die Untersuchungsprotokolle von 56 tiefenpsychologisch untersuchten Kindern.
Wegen der Zahlenverhältniss von 47 Jungen zu 9 Mädchen geht sie von den Ergebnissen ihrer Untersuchung bei den Jungen aus.
Dabei teilt sie die Clownerie zusammengefaßt in zwei Gruppen ein.

Gruppe I

Clownen, auch kaspern, Faxen machen, grimassieren, komische Bemerkungen machen oder maniriert sprechen.

Gruppe II

Hier hat das oben beschriebene Clownen einen sehr viel heftigeren Charakter und wirkt auf die Umgebung zwar noch belustigend, aber auch verärgert und unheimlich.

In der Gruppe I befinden sich nach Ockel die Hauptpersonen, Mutter und Großmutter, "in mehr oder weniger geheimen

Machtkampf um den Besitz des Jungen. Die Mutter erstrebt einen kleinkindlich niedlichen, bescheidenen, gefügigen aber gleichzeitig tüchtigen, zärtlichen Helden, also einen Supermann. Die Verwirklichung all dieser Eigenschaften ist nur als Karikatur denkbar. Die Großmutter ihrerseits erhebt dank ihrer die Familie beherrschenden Rolle ebenfalls Anspruch auf den Enkel. Der Vater steht bedeutungslos im Hintergrund, gefügig, strebsam, unzufrieden, manchmal unbeherrscht, seltener clownhaft lächerlich. Dem Jungen stehen also vorwiegend weibliche Identifikationsmöglichkeiten zur Verfügung.
Der erwünschte Junge bekommt zunächst eine Fülle materieller und 'emotionaler' Zuwendung. Er wird lange gestillt, vermutlich aus dem Bedürfnis der Mutter, ihn für diese Zeit dem Einfluß der Großmutter entziehen zu können. Diese wiederum benutzt jede Gelegenheit, ihn zu verhätscheln und zu verwöhnen ... Etwa zwischen dem 6. und 9. Monat, noch bevor der Säugling seine 'beiden Mütter' voneinander zu unterscheiden lernt, beginnt die Mutter mit der Sauberkeitsdressur. Er soll sich frühzeitig daran gewöhnen, herzugeben, ihr Geschenke zu machen. Dabei verhält sie sich inkonsequent, drückt auch mal ein Auge zu, vermutlich immer dann, wenn der Junge sich ihr intensiver zuwendet als der Großmutter. Diese wiederum versucht ihn mit Nachgiebigkeit auf ihre Seite zu locken. Wem wird er sich, wenn er zu unterscheiden gelernt hat, mehr zuwenden? Unter der Bedingung, daß er die Erwartungen beider Frauen erfüllt, kann er als mächtiger, umworbener König regieren ...
Er erkauft sich einen mit Bequemlichkeit verbundenen frühzeitigen Thronsitz.
Die fortschreitende Entwicklung bringt neue Konflikte. Nun möchte er die Dinge, die er ergattert, festhalten und probieren, was es damit auf sich hat. Hier stößt er auf die einengende Besorgnis der Großmutter und auf Widerstand von seiten der Mutter, die eine zunehmende Eigenmächtigkeit des Jungen fürchtet. Letztere bestätigt jedoch alle Handlungen,

die nicht den Eindruck eigener Bedürfnisbefriedigung erwecken. Wenn er z.B. eine Zigarette in den Mund steckt und, die Erwachsenen nachahmend, daran zieht, dann lacht die Mutter darüber und findet ihren Sohn drollig. Immer wieder wird ihm zu verstehen gegeben, so niedlich wie bisher zu bleiben. Der Junge muß also laufend eigene Entfaltungsmöglichkeiten, die wiederum sein Selbstwertgefühl stärken könnten, aufgeben. Er hat lediglich die Möglichkeit, ihm selbst verbotene Handlungsimpulse im fremden Gewand auszuführen. Um so größer wird die Abhängigkeit von der Gunst der Mutter.

Eine Trotzphase tritt dank der bereits vollzogenen Anpassung bei über der Hälfte der Jungen gar nicht mehr auf. Aus dieser Zeit wird beginnendes Daumenlutschen, Bettnässen, Nägelknabbern sowie Pavor nocturnus berichtet. Ein Teil der Jungen aber zeigt mehr oder weniger heftige Trotzreaktionen. Es scheint so, als hätten diese etwas mehr Unterstützung von seiten der Väter. Die Mutter jedoch reagiert mit drastischen Maßnahmen auf die eigenwilligen Kundgebungen ihrer Söhne. Sie sollen ja ihr gefügiges Eigentum bleiben. Dabei muß immer wieder berücksichtigt werden, daß die Mütter inkonsequent handeln und die Großmütter eher nachgiebig reagieren. Hieraus ergeben sich für die Jungen gewisse Ausweichmöglichkeiten. Sie können beide 'Mütter' gegeneinander ausspielen, einen passiven Widerstand oder, wie es sich bei den Jungen erweist, die eine Trotzphase erlebten, eine Protesthaltung entwickeln. Lebenswichtig aber bleibt, sich die Gunst der Mutter zu erhalten. Dafür müssen die Jungen die Rolle des niedlichen, drolligen, nachahmungsbereiten Kleinkindes immer weiter ausbauen. Clownerie tritt auf, wenn dieses schwer erkaufte Ansehen bei der Mutter und im weiteren Bereich auch anderen gegenüber gefährdet ist; wenn die Rolle nicht mehr trägt" (Ockel, 1967, S. 46 f.).

Die entscheidenden Faktoren zur Entstehung der Clownerie gliedert Ockel in sieben Punkte für die Gruppe I auf:

1. Auszug der Großmutter, der zwischen dem 3. und 4. Lebensjahr häufig erfolgt.
   Die Verwöhnung und Billigung der Großmutter fallen weg. Die Mutter verliert ihre Rivalin und hat es nun nicht mehr nötig, den Jungen auf ihre Seite zu locken. Sie wünscht ihn zwar weiter kleinkindlich niedlich, bescheiden und gehorsam, aber nun verstärkt sich ihr Anspruch auf einen tüchtigen und bei den Kameraden geachteten Jungen.

2. Die Geburt eines Geschwisters, die wenn sie zwischen dem 3. und 4. Lebensjahr des Jungen erfolgte, immer ein Mädchen war.
   Es mag sein, daß die Mutter in der neugeborenen Tochter ein eigenes Objekt zur Erfüllung ihrer Erwartungen sieht. Sie hat wieder einen ausschließlich ihr gehörenden Besitz, so daß die kleinkindliche Anhänglichkeit des Jungen ihr lästig wird.

3. Die älteren Geschwister nehmen den Bruder nicht ernst.

4. Das Neugierverhalten, der Junge kommt mit seiner kleinkindlichen Wißbegier nicht mehr an. Andererseits hat er Angst altersgemäße andrängende Fragen zu stellen.

5. Beim Schulbeginn gelingt es ihm nicht, sich durch Ausdauer, Fleiß und aktive Teilnahme am Unterricht Ansehen bei der Lehrerin zu ver-

schaffen. Andererseits kann er aber auch nicht ertragen, wenn sich diese anderen Schülern zuwendet.

6. Die Kameraden akzeptieren seine kleinkindliche Art nicht. Er soll seine Kräfte zeigen, sich mit ihnen messen und hat doch Angst vor jeder aggressiven Auseinandersetzung. Trotzdem möchte er als Held im Mittelpunkt stehen.

7. Bei Besuch zu Hause ist der Junge fremden Menschen gegenüber unsicher, kann sich nicht einfach zurückziehen, weil er befürchtet, die Beachtung der Mutter zu verlieren.

"Der mächtige König der Kleinkindzeit, der im Laufe seiner Entwicklung eigene Befriedigungsmöglichkeiten um dieses Ansehen willen weitgehend aufgegeben hat, erlebt mit zunehmendem Alter, daß seine Macht in Frage gestellt wird. Das darf auf keinen Fall geschehen, weil daran sein ganzes Selbstwertgefühl hängt. Er wäre sonst der eigenen Leere, dem Nichst ausgeliefert. So muß es ihm gelingen, zwar Enttäuschung und feindliche Impulse zu leugnen, aber gleichzeitig sein Bedürfnis, Beachtung zu finden, zu befriedigen. In der Clownerie gelingt dieser Kompromiß: 'Ich verletze, aber welche Erleichterung, es ist nur ein Spaß!' (Kris, 1938). Die Plötzlichkeit, die Überraschung sorgen für den Applaus. Aus der inneren Auseinandersetzung wird ein äußeres Agieren, aus einem inneren Machtgefühl ein äußeres Gehabe. Mimische und Bewegungsmuskulatur werden meiner Ansicht nach deshalb gewählt, weil sie schon vorher in der Zeit der nachahmenden Anpassung eingesetzt wurden.
Der Ausdrucksform nach könnte man die Clownerie auch als

Rückgriff in die glückliche Kindheitsphase betrachten, in der der Junge noch mit seinen ungerichteten Bewegungen das bedingungslos akzeptierte Kind war. Nun aber hat der einstmals mächtige König, wie es vom Clown heißt (Kris, 1938), Krone und Zepter mit Blase und Schellenkappe, den Insignien der närrischen Macht, vertauscht" (Ockel, 1967. S. 47).

In der Gruppe JI werden die häufig unerwünschten Jungen in eine Familiensituation geboren, in der die Mutter, auf der einen Seite mit übermäßigen Verpflichtungsgefühlen sowie inadäquaten Gefühlsüberschwang behaftet, auf der anderen Seite emotional abgeriegelt, einen flirrenden, unberechenbaren Eindruck macht. Wechselnde verwöhnende Pflegepersonen gewähren dem Kind keine beständige Beziehungsmöglichkeiten.
"Es ist eine unheimliche Welt, gegen die sich der Junge vom ersten Tag an zu wehren scheint, indem er pflegerisch größte Schwierigkeiten macht. Damit erzwingt er sich die Aufmerksamkeit der Mutter. Seine Devise, auch für die weiteren Lebensjahre, mag lauten: 'Wenn nicht geliebt, dann wenigsten beachtet!' ...
Clownerie tritt dann auf, wenn die aggressive Willkür, dieser schmale Grat, der die Jungen mit der Umwelt verbindet und ihnen eine, wenn auch negative Beachtung verleiht, nicht mehr trägt. So kann eine Änderung der bisherigen Familienkonstellation, etwa eine Ehescheidung und Wiederheirat des Vaters, den Jungen der Versuchung aussetzen, mit der Stiefmutter eine ihr zugewandte Beziehung anzuknüpfen. Da er aber fürchten muß, von andrängenden Geborgenheitswünschen überschwemmt zu werden und die oralen und aggressiven Impulse mit Angst besetzt sind, muß er diese leugnen und sie gleichzeitig, unkenntlich gemacht, agierend freistellen. Denn auch er kann, wie die Jungen der Gruppe I, nicht darauf verzichten, beachtet zu werden. Die Heftigkeit der Grimassen und Faxen erinnert nunmehr an

die ganz frühe Kindheit, in der der Säugling seine ungestillte Geborgenheitssehnsucht hinausschrie. Neben der Versuchung, sich einem Menschen vertrauensvoll zuzuwenden, erlebt der Junge aber auch Versagungen durch weitere Verunsicherung in der Welt. Dann drückt sich in der Clownerie sozusagen der Schrei nach der bergenden Mutter in lebensbedrohliche Angst aus. Tatsächlich beschleicht den Zuschauer bei der Clownerie dieser Jungen neben der Belustigung auch ein störend unheimliches Gefühl" (Ockel, 1967, S. 48).
Das Schwergewicht der pathologischen Konfliktverarbeitung lag nach Ockel bei den Jungen der Gruppe I im oral-aggressiven Bereich und Geltungsbereich. In der Gruppe II zeigten sich die Merkmale einer schizoiden Struktur deutlicher als die depressiv-zwangsneurotischen Strukturelemente.

3. Arbeitshypothesen, Untersuchungsmethodik, Untersuchungsgut

3.1. Die Arbeitshypothesen

3.1.1. Allgemeines zu den Arbeitshypothesen

Ausgehend vom Forschungsstand nach Durchsicht der Literatur werden der zugänglichen Stichprobe die nachfolgenden Hypothesen der Prüfung unterzogen. Dabei geht es nicht darum, die Hypothesen früherer Untersucher zu überprüfen, sondern darum, überprüfbare Hypothesen zu formulieren, für die schulischen und klinischen Probleme der Kinder mit der Verhaltensstörung Clownerie, um der Genese der Störung und

damit einem neuen Verständnis und Therapieansatz näherzukommen.

Wie schon unter (2.2. und 2.3.) ausführlich geschildert sind die Kinder mit der Verhaltensstörung Clownerie in ihren Beziehungen gestört.

Die Kinder "finden keinen Kontakt, lehnen die Umwelt ab und sind innerlich allein ... haben sie die Aufmerksamkeit der Umgebung auf sich gelenkt, brechen sie ab und sind unbeteiligt" (Kloß, 1952, S. 28o).

In der Schule träumen die Kinder, schalten ab, trödeln und vergessen die Aufgaben, ihre Wünsche sind oft unbestimmt oder riesengroß (Ockel, 1967). Gleichgültigkeit oder Zerstörungsneigung kennzeichnen nach Ockel (1967) den Umgang mit dem eigenen Besitz und dem Besitz anderer.
Im Umgang mit den Kindern zeigt sich, daß sie selten Freunde haben und oft als kontaktarm bezeichnet werden. Wirklich behaupten können sie sich nicht (Ockel, 1967).

Trapmann et al. (1971) fanden als Bedeutung und Ursache für Albernheiten (Clownerie) ein übermäßiges Geltungsbedürfnis, welches fast durchweg auf einer Selbstunsicherheit gründete.

3.1.2. Die Haupthypothesen

Das Kind mit der Verhaltensstörung Clownerie hat wenig Bezug zur Sache, es hat wenig Bezug zu sich selbst und

es hat wenig Bezug zu anderen.
Das Kind hat eine höhere Illusionsbildung und ignoriert die Umgebung mehr als andere.

3.1.3. Die Zusatzhypothesen

Es lassen sich bestimmte Entwicklungen in der Familie, in der Persönlichkeit der Kinder und im Milieu finden, die zur Entstehung der Clownerie beitragen.

3.2. Die Untersuchungsmethodik

3.2.1. Das retrospektive Vorgehen

Die Untersuchung wurde retrospektiv an den auswertbaren Krankengeschichten von 1oo8 Patienten vorgenommen. Eine Stichprobe von 5o Patienten wurde aus den gesichteten Krankengeschichten gebildet und mit der Restgruppe von 958 Patienten verglichen.
Dabei wurde das bewährte Vorgehen von Schmidt (1977) herangezogen und die Einteilung der Untersuchungskriterien nur dort geändert, wo eine andere Aufgliederung erforderlich war. Das grundsätzliche Handicap einer retrospektiven Untersuchung mußte in Kauf genommen werden, da Krankengeschichten nicht auf alle Fragestellungen hin ausgearbeitet sind. So fehlen teilweise für die Studie wichtige Angaben und Untersuchungen, so daß die Anzahl der Stichprobe von 5o Patienten und die der Vergleichsgruppe von 958 Patienten nicht immer vollständig sind. Im Ergebnisteil (4.1.1. bis 4.1.11.) sind deshalb immer die Anzahl der Patienten der

Stichprobe bzw. der Vergleichsgruppe und der Prozentwert beider Gruppen angegeben.

3.2.2. Die Ratingskalen

Zur Einschätzung der einzelnen Merkmale der Daseinsthematik und Daseinstechnik wurden Ratingskalen von o - 9 benutzt. Der Wert 1 entsprach der Formulierung äußerst gering und der Wert 9 äußerst groß.
Die Auswertung erfolgte stets im Team-rating, wobei immer ein erfahrener Kinder- und Jugendpsychiater zugegen war. Ein Vortraining sicherte eine sehr hohe Inter-Rater-Korrelation (r = o.82); das Gesamtvorgehen entspricht den methodischen Anforderungen des Bonner Arbeitskreises um Thomae (Thomae, 1976).

3.2.3. Die statistische Auswertung

Bei grundsätzlich zweiseitiger Fragestellung wurde eine Irrtumswahrscheinlichkeit von maximal 5% als zulässig angesehen. Das lo%-Niveau wurde als Tendenz gewertet.

Der zweiseitige t-Test als Variante der Normalverteilung bei geschätzter Varianz wurde für die statistische Ermittlung der zu vergleichenden Merkmale für das Alter des Patienten bei der Aufnahme sowie die Behandlungsdauer und Symptomdauer seit Bestehen der Symptomatik, das Alter bei Beginn der Symptomatik, das Geburtsadtum der Patienten und der Eltern, die Zahl der Familienmitglieder, die Anzahl der Kinder, den Intelligenzquotienten, die Symptomzahl, die Schwere des Krankheitsbildes, die Einschätzung nach der Hamburger Neurotizismus und Extraversionsskale sowie die

Einschätzung der Daseinsthemen und Daseinstechniken nach Thomae (1968), durchgeführt.

Alle weiteren Vergleiche der Verteilungen von Häufigkeiten bei verbundenen Proben wurden mit dem Chi-Quadrat-Test von McNemar mit n-1 Freiheitsgraden durchgeführt.
Bei jeder einzelnen Betrachtung ist in den nachfolgenden Tabellen immer das mathematische Verfahren und das Signifikanzniveau sowie der Umfang der Stichprobe bzw. der Vergleichsgruppe angegeben.

3.3. Das Untersuchungsgut

3.3.1. Die Stichprobe Clownerie

Das Interesse dieser Untersuchung galt den 5o Kindern, die als auffälligstes Merkmal die Clownerie als Verhaltensstörung aufwiesen, und von 1973 bis 1978 stationär in der Rheinischen Landesklinik Viersen, Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie - unter der damaligen Leitung von Prof. Dr. G. Bosch, Oberarzt Dr. H.G. Reinhard - behandelt worden sind.
Die Untersuchung wurde retrospektiv an den auswertbaren Krankengeschichten von 1oo8 Kindern vorgenommen, so daß eine Stichprobe von 5o Kindern mit einer Vergleichsgruppe von 958 Kindern ausgewertet werden konnte.

3.3.2. Die Diagnose als Auswahlkriterium

Die Durchsicht der Krankengeschichten erfaßte den Zeitraum von 1973 - 1975 der stationär behandelten Patienten in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Rheinische Landesklinik

Viersen, wie bereits unter (3.3.1.) erwähnt.

Die Einweisungsdiagnosen der Patienten sind unter (4.1.1.) ausführlich dargestellt, wobei nach dem multiaxialen Klassifikationsschema von Rutter et al. (1977) vorgegangen wurde. Da dieses Schema und auch der zur Zeit übliche klinische Sprachgebrauch die Clownerie als eigenes Krankheitsbild - im Sinne eines Diagnoseschlüssels - nicht kennen, mußten die Krankengeschichten ausführlich daraufhin durchgesehen werden.

Aus den 1008 auswertbaren Krankengeschichten konnte eine Gruppe von 50 Patienten, die als auffälligstes Merkmal der zu behandelnden Störung eine Clownerie aufwiesen, als zu untersuchende Stichprobe herausgestellt werden.

3.3.3. Die Altersverteilung der Patienten

Bei jeder Verhaltensstörung wird ein besonderes Interesse auf das Alter der Patienten gerichtet, um Störungen, wenn sie gehäuft in einer Kindheitsepoche auftreten, in ihrer Genese besser verstehen zu können.

Für diese Untersuchung war es wichtig zu wissen, in welchem Alter die Clownerie der Kinder auftrat, wieviel Monate bzw. Jahre sie dauerte und wann es zur stationären Aufnahme kam.

Die Kinder beider Gruppen waren bei Beginn ihrer Symptomatik im Mittelwert 6 Jahre alt, das kontinuierliche Bestehen der Symptomatik dauerte 4.2 bzw. 4.4 Jahre und das Alter bei der stationären Aufnahme 10 Jahre. Die genauen Angaben sind ausführlich in Tabelle 6 dargestellt.
Ein signifikanter Unterschied zur Vergleichsgruppe konnte

bezüglich der Altersverteilung nicht gefunden werden.

3.3.4. Die verfügbaren Daten

Von den 1008 Patienten lagen die nach klinikinternen Gesichtspunkten geführten Krankengeschichten vor.
Es standen zur Verfügung die ausführlich geführten Anamnesen, somatische Untersuchungsbefunde, psychopathologische, psychiatrische und klinisch-psychologische Befunde. Darüber hinaus waren Angaben über Zusatzuntersuchungen - wie das in der Regel durchgeführte Elektroencephalogramm - aufgezeichnet worden.
Der Behandlungsverlauf, die durchgeführte und weitergehend empfohlene Therapie sowie die Epikrise standen ebenfalls zur Verfügung.
Die Patienten, die aus besonderen Umständen vor Abschluß der diagnostischen Verfahren entlassen wurden, sind schon bei der Auswahl der Krankengeschichten nicht berücksichtigt worden. Wie schon bereits erwähnt konnten bei der verbleibenden Gruppe von 1008 Patienten nicht zu jedem Untersuchungspunkt Angaben ermittelt werden.

4. Ergebnisse

4.1. Beschreibung der Stichprobe und der Vergleichsgruppe anhand der erhobenen Befunde

Die Beschreibung erfolgt für die Clowneriegruppe (50 Patienten) zur Vergleichsgruppe (958 Patienten) jeweils

paralell. Auf die Ausfälle der Angaben in beiden Gruppen wurde schon unter (3.2.1.) hingewiesen.
Die Hinweise auf die Unterschiede der beiden Gruppen werden unter (4.2.) zusammenfassend noch einmal herausgestellt.

4.1.1. Zur klinischen Diagnose

Weil die Clownerie als im Vordergrund stehende Verhaltensstörung im Diagnoseschlüssel nicht aufgeführt ist, sind die nachfolgenden Einweisungsdiagnosen gewählt worden.
Die Systematisierung erfolgte nach dem multiaxialen Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge (1977).

Dabei ergab die Erste-Achse: Klinisch-psychiatrisches Syndrom folgendes Bild, wobei die Codeziffern in eine Rangfolge der Häufigkeiten gesetzt wurden.
Am häufigsten mit 18 (36%) von 5o Diagnosen waren die nicht-sozialisierten Störungen des Sozialverhaltens vertreten. Dem folgten mit jeweils 5 (1o%) von den 5o Fällen der Clownerie Störung des Sozialverhaltens mit emotionalen Störungen und Enkopresis. Dreimal kam Enuresis als Einweisungsdiagnose vor; frühkindlicher Autismus, neurotische Störungen ... mit vorherrschender Angstsymptomatik, spezifische emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters ... mit Empfindsamkeit, Scheu und Abkapselung und schließlich hyperkinetische Syndrome des Kindesalters kamen je zweimal vor.
Die restlichen aus Tabelle 1 zu entnehmenden Störungen traten jeweils nur einmal auf.

Tabelle 1 : Rangfolge der Häufigkeiten der Einweisungs-diagnosen
Erste-Achse: Klinisch-psychiatrisches Syndrom
- in absoluten Zahlen und Prozentwerten -

Code	Einteilung	Anzahl	Prozent
312	Nicht andersweitig klassifizierbare Störungen des Sozialverhaltens		
312.o	Nicht-sozialisierte Störungen des Sozialverhaltens	18	36 %
312.3	Störung des Sozialverhaltens mit emotionalen Störungen	5	1o %
3o7.7	Enkopresis	5	1o %
3o7.6	Enuresis	3	6 %
299.o	Frühkindlicher Autismus	2	4 %
3oo	Neurotische Störungen		
3oo.o	... mit vorherrschender Angstsymptomatik	2	4 %
313	Spezifische emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters		
313.2	... mit Empfindsamkeit, Scheu und Abkapselung	2	4 %
314	Hyperkinetische Syndrome des Kindesalters		
314.o	... mit Störung von Aktivität und Aufmerksamkeit	2	4 %
295.9	Schizophrene Psychosen	1	2 %
3oo.9	Nicht näher bezeichnete neurotische Störungen	1	2 %
3o2.1	Sexuelle Verhaltensabweichung und -störungen, Sodomie	1	2 %
3o7.o	Stammeln und Stottern	1	2 %
3o7.3	Stereotype Bewegungen	1	2 %
3o7.9	Andere und nicht näher gezeichnete spezifische Symptome und Syndrome	1	2 %
31o.8	Spezifische, nicht psychotische Störungen nach Hirnschäden	1	2 %

Code	Einteilung	Anzahl	Prozent
313	Spezifische emotionale Störungen des Kindes- und Jugendalters		
313.o	... mit Angst und Furchtsamkeit	1	2 %
313.3	... mit Beziehungsschwierigkeiten	1	2 %
314	Hyperkinetische Syndrome des Kindesalters		
314.2	... mit Störungen des Sozialverhaltens	1	2 %
316.o	Psychische Störungen in Verbindung mit andersweitig klassifizierten Erkrankungen	1	2 %
	Clownerie - Gesamt	5o	1oo %

Die Zweite-Achse: Umschriebene Entwicklungsrückstände ergab der Rangfolge nach 25 mal (5o%) kein umschriebener Entwicklungsrückstand, 14 mal (28%) multiple Entwicklungsrückstände, 8 mal (16%) umschriebene Lese- Rechtschreibschwäche, 2 mal (4%) umschriebener Rückstand in der Sprech- und Sprachentwicklung und 1 mal (2%) umschriebene Rechenschwäche.

Tabelle 2 : Rangfolge der Häufigkeiten
Zweite-Achse: Umschriebene Entwicklungsrückstände - in absoluten Zahlen und Prozentwerten -

Code	Merkmal	Anzahl	Prozent
O	Kein umschriebener Entwicklungsrückstand	25	5o %
6	Multiple Entwicklungsrückstände	14	28 %
1	Umschriebene Lese-Rechtschreib-Schwäche	8	16 %
4	Umschriebener Rückstand in der Sprech- und Sprachentwicklung	2	4 %
2	Umschriebene Rechenschwäche	1	2 %
	Clownerie - Gesamt	5o	1oo %

Die Dritte Achse: Intelligenzniveau
ergab der Rangfolge nach 23 mal (46%) durchschnittliche Intelligenz IQ von 85 - 114, 8 mal (16%) niedrige Intelligenz IQ von 7o - 84, 7 mal (14%) leichte intellektuelle Behinderung IQ von 5o - 69 und ebenfalls 7 mal (14%) hohe Intelligenz IQ von 115 - 129, 2 mal (4%) sehr hohe Intelligenz IQ über 129 und ebenfalls 2 mal (4%) mäßig intellektuelle Behinderung IQ von 35 - 49, zuletzt bleibt der eine Fall (2%) von schwerer intellektueller Behinderung IQ von 2o - 34 zu nennen.

Tabelle 3 : Rangfolge der Häufigkeiten
Dritte-Achse: Intelligenzniveau
-in absoluten Zahlen und Prozentwerten-

Code	Merkmal	IQ	Anzahl	Prozent
0	Durchschnittliche Intelligenz	85-114	23	46 %
6	Niedrige Intelligenz	7o- 84	8	16 %
1	Leichte intellektuelle Behinderung	5o- 69	7	14 %
7	Hohe Intelligenz	115-129	7	14 %
8	Sehr hohe Intelligenz	über 129	2	4 %
2	Mäßige intellektuelle Behinderung	35- 49	2	4 %
3	Schwere intellektuelle Behinderung	2o- 34	1	2 %
	Clownerie - Gesamt		5o	1oo %

Die Vierte-Achse: Körperliche Symptomatik ergab der Rangfolge nach 43 mal (86%) keine körperliche Symptomatik, des weiteren je 1 mal (2%) angeborene Hemiplegie, Epilepsie, Petit Mal-Status, Visuseinschränkung und Blindheit, Schwerhörigkeit und Taubheit, Chorea minor (Veitstanz) und schließlich sonstige Herzmuskelerkrankungen.

Tabelle 4 : Rangfolge der Häufigkeiten
Vierte-Achse: Körperliche Symptomatik
-in absoluten Zahlen und Prozentwerten-

Code	Merkmal	Anzahl	Prozent
0	Keine körperliche Symptomatik	43	86 %
343.1	Angeborene Hemiplegie	1	2 %
345.o	Epilepsie	1	2 %
345.2	Petit Mal-Status	1	2 %
369.o	Visuseinschränkung und Blindheit	1	2 %
389.o	Schwerhörigkeit und Taubheit	1	2 %
392.o	Chorea minor (Veitstanz)	1	2 %
428.o	Sonstige Herzmuskel-erkrankungen	1	2 %
	Clownerie - Gesamt	5o	1oo %

Die Fünfte-Achse: Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände ergab der Rangfolge nach 11 mal (22%) abnorme familiäre Verhältnisse, 1o mal (2o%) psychische Störungen bei anderen Familienmitgliedern, 9 mal (18%) keine bedeutsamen abnormen psychosozialen Umstände, 7 mal (14%) Disharmonie in der Familie und 7 mal (14%) übermäßig ausgeprägte oder abnorme familiäre Beziehungen, 3 mal (6%) Mangel an emotionaler Wärme in den intrafamiliären Beziehungen, und je 1 mal (2%) unzureichende oder inkonsistente elterliche Kontrolle, unzureichende oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation, unbekannte psychosoziale Umstände.

Tabelle 5 : Rangfolge der Häufigkeiten
Fünfte-Achse: Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände - in absoluten Zahlen und Prozentwerten -

Code	Merkmal	Anzahl	Prozent
09	Abnorme familiäre Verhältnisse	11	22 %
01	Psychische Störungen bei anderen Familienmitgliedern	1o	2o %
00	Keine bedeutsamen abnormen psychosozialen Umstände	9	18 %
02	Disharmonie in der Familie	7	14 %
04	Übermäßig ausgeprägte oder abnorme familiäre Beziehungen	7	14 %
03	Mangel an emotionaler Wärme in den intrafamiliären Beziehungen	3	6 %
05	Unzureichende oder inkonsistente elterliche Kontrolle	1	2 %
08	Unzureichende oder verzerrte intrafamiliäre Kommunikation	1	2 %
99	Unbekannte psychosoziale Umstände	1	2 %
	Clownerie - Gesamt	5o	1oo %

4.1.2. Zur Entwicklung der Symptomatik

Hierzu waren aus den Krankengeschichten das Alter bei Beginn der Symptomatik, die Dauer des kontinuierlichen Bestehens der Symptomatik, das Alter bei Aufnahme in die Klinik und die Dauer der Symptomatik während des stationären Aufenthaltes feststellbar.
Das Alter der Patienten bei der stationären Aufnahme wurde bereits unter (3.3.3.) erwähnt.
Bei Symptombeginn zeigte die Stichprobe ein mittleres Alter - kein Medianwert, sondern ein arithmetisch ermittelter Wert - von 6.o Jahren und die Vergleichsgruppe von 6.1 Jahren.
Die zur Aufnahme führende Symptomatik bestand bei der Stichprobe (Clownerie als Verhaltensstörung, künftig = C) seit 4.2 (C) Jahren und bei der Vergleichsgruppe (künftig = V) seit 4.4 (V) Jahren. Bei der stationären Aufnahme betrug das arithmetische Mittel des Alters lo.1 Jahre bei (C) und lo.5 Jahre bei (V).
Die Dauer der Symptomatik während des stationären Aufenthaltes betrug bei (C) o.98 und bei (V) 1.35 Jahre.
Ein signifikanter Unterschied zwischen der Stichprobe (C) und der Vergleichsgruppe (V) bezüglich des Alters, der Dauer der Symptomatik, des Alters bei der Aufnahme und der Dauer der Symptomatik während des stationären Aufenthaltes konnte nicht festgestellt werden.

Darüber hinaus wurde die Symptomzahl für (C) und (V) ermittelt. Über eine Ratingskala von O - 9 (1 = äußerst gering und 9 = äußerst hoch) wurden die Symptome gewichtet und die Symptomzahlen mit den Ratingwerten multipliziert. Aus der Summe ergab sich dann der Grad der Schwere des Krankheitsbildes.

Tabelle 6 : Daten zur Entwicklung der Symptomatik der Stichprobe Clownerie (C) und der Vergleichsgruppe (V)

Merkmal	(C)	(V)	t-Test
Anzahl	5o	942	
Alter bei Beginn der Symptomatik in Jahren	6.o	6.1	p=o.82
Anzahl	5o	942	
Dauer des kontinuierlichen Bestehens der Symptomatik in Jahren	4.2	4.4	p=o.65
Anzahl	5o	956	
Alter bei der stationären Aufnahme in Jahren	lo.1	lo.5	p=o.28
Anzahl	5o	93o	
Dauer der Symptomatik während des stationären Aufenthaltes in Jahren	o.98	1.38	p=o.3o

Sowohl bei der Symptomzahl als auch bei der Schwere des Krankheitsbildes ist ein deutlich signifikanter Unterschied hervorgetreten.
Die Symptomzahl betrug bei (C) 7.5 und bei (V) 5.7, die Schwere des Krankheitsbildes bei (C) 42.o und bei (V) 3o.8.

Tabelle 7 : Daten zur Symptomzahl und zur Schwere des Krankheitsbildes der Stichprobe Clownerie (C) und der Vergleichsgruppe (V)

Merkmal	(C)	(V)	t-Test
Anzahl	5o	957	
Symptomzahl	7.5	5.7	p=o.ooo
Anzahl	5o	955	
Schwere des Krankheitsbildes	42.o	3o.8	p=o.ooo

4.1.3. Zum sozio-ökonomischen Hintergrund

Wisschenschaftlich exakte Daten zum sozio-ökonomischen Status standen wegen des retrospektiven Vorgehens nicht zur Verfügung. Das übliche Verfahren besteht aus einer gerichteten Kombination von Beruf, Einkommen und Ausbildungsniveau des Vaters bzw. Haupternährers bzw. Haushaltsvorstandes (Scheuch, 1961; Hollingshead & Redlich, 1966).

Anhand der Krankengeschichten waren der Beruf des Vaters und seine Schulbildung feststellbar. Die Angaben zum Familieneinkommen waren entweder unbekannt oder von den Eltern des Patienten mit knapp, gut ausreichend, voll ausreichend oder gut eingeschätzt worden. Darüber hinaus standen noch Angaben zur Familiengröße zur Verfügung.

Bei 12% (C) bzw. 1o,9% (V) konnte für die Patientenväter keine Schichtzugehörigkeit ermittelt werden.
Die Berufsschicht Unterschicht und untere Mittelschicht waren bei (C) mit 7o% gegenüber (V) 57,3% signifikant überrepräsentiert, während die Berufe der mittleren Mittelschicht mit 8% (C) bzw. 25,4% (V) zur Vergleichsgruppe signifikant unterrepräsentiert waren.
Die obere Mittelschicht und Oberschicht war mit 1o% (C) und 6,4% (V) vertreten.

Über den Ausbildungsstand des Vaters konnten in 1o% (C) und 1o,2% (V) keine Angaben ermittelt werden.
Bei der Stichprobe (C) hatten 78% der Väter eine Schulbildung bis mittlere Reife, in der Gruppe (V) 8o,2%. Fachschulbesuch, Abitur oder Hochschulstudium waren mit 12% (C) bzw. 9,6% (V) vertreten. Bei 8% (C) bzw. 5,5% (V) war das Familieneinkommen unbekannt. Als knapp wurde es bei 58% (C) und 49,6% (V) bezeichnet. Mit gut ausreichend wurde es von 14% (C) bzw. 29,3% (V), mit voll ausreichend von 16% (C)

bzw. 11,9% (V) und mit gut von 4% (C) bzw. 3,8% (V) angegeben.

Die Anzahl der Familienmitglieder als errechneter Mittelwert betrug 4,4 bei (C) und 4,9 bei (V).

Tabelle 8 : Daten zum sozio-ökonomischen Hintergrund der Stichprobe Clownerie (C) und der Vergleichsgruppe (V)

Merkmal	(C)	(V)	Chi^2
Beruf des Vaters			
Keine Angaben	6 (12,o%)	1o3 (1o,9%)	
Berufe der Unterschicht und untere Mittelschicht (ungelernte Arbeiter, Facharbeiter und einfache Angestellte und Beamte, manuell tätige Selbständige)	35 (7o,o%)	544 (57,3%)	
Berufe der mittleren Mittelschicht (mittlere und gehobene Angestellte und Beamte	4 (8,o%)	241 (25,4%)	
Berufe der oberen Mittelschicht und Oberschicht (leitende Angestellte, Akademiker in verschiedenen Stellungen)	5 (1o,o%)	61 (6,4%)	
	5o (1oo%)	949 (1oo%)	p=o.o43
Ausbildungsniveau des Vaters			
Keine	5 (1o,o%)	97 (1o,2%)	
Bis Mittelschule (mittlere Reife)	39 (78,o%)	761 (8o,2%)	
Fachschulbesuch, Abitur, Hochschulstudium	6 (12,o%)	91 (9,6%)	
	5o (1oo%)	949 (1oo%)	p=o.85

Merkmal	(C)	(V)	Chi^2
Familieneinkommen			
Unbekannt	4 (8,0%)	52 (5,5%)	
Knapp	29 (58,0%)	472 (49,6%)	
Gut ausreichend	7 (14,0%)	279 (29,3%)	
Voll ausreichend	8 (16,0%)	113 (11,9%)	
Gut	2 (4,0%)	36 (3,8%)	
	50 (100%)	952 (100%)	p=0.22

Merkmal	(C)	(V)	t-Test
Anzahl	48	937	
Zahl der Familienmitglieder	4.4	4.9	p=0.11

4.1.4. Zum sozio-kulturellen Hintergrund

Hierzu wurden der Beruf des Vaters, das Ausbildungsniveau des Vaters und der Mutter und das Erziehungsverhalten 'autoritär' bzw. 'demokratisch' der Eltern berücksichtigt. Die Einschätzung 'autoritär' bzw. 'demokratisch' wurde anamnestisch vorgenommen. Es wurden ebenso die Daten über die Einwohnerzahlen des augenblicklichen Wohnortes, die Anzahl der Kinder, die Stellung in der Geschwisterreihe, der Kindergartenbesuch und die Berufstätigkeit der Mutter mit einbezogen.
Berufsangaben und damit Berufsschichtzugehörigkeit für die Mütter konnten aus den Krankengeschichten nicht ausgewertet werden.
Die schon einmal in Tabelle 8 aufgeführten Daten über den Beruf und das Ausbildungsniveau des Vaters sind hier wegen der Gesamtübersicht noch einmal wiedergegeben.

Der Beruf, die Schichtzugehörigkeit und das Ausbildungsniveau des Vaters sind unter 4.1.3. dargestellt worden. Das Ausbildungsniveau der Mutter lag mit 9o% (C) bzw. 9o% (V) bis mittlere Reife in beiden Gruppen deutlich niedriger als das der Väter. Die Einschätzung in 'autoritären' bzw. 'demokratischen' Erziehungsstil der Eltern konnte für die Väter nur in 43 Fällen, für die Mütter in 47 Fällen vorgenommen werden. Bei der Vergleichsgruppe waren 841 Aussagen von den Vätern und 89o Aussagen von den Müttern verwertbar. Dabei wurden die Väter mit 83,7% (C) bzw. 78.5% (V) als 'autoritär' eingeschätzt; bei den Müttern betrugen diese Werte 57,4% (C) bzw. 59,6% (V).
Die Einwohnerzahl des Wohnortes in beiden Gruppen betrug 54,o% (C) bzw. 52,3% (V) $\leq$ loo.ooo. Die Anzahl der Kinder war mit 2,8% (C) bzw. 3,4% (V) signifikant niedriger. Bezüglich der Geschwister kamen in der Stichprobe Familien mit maximal 6 Kindern vor. Bei der Vergleichsgruppe

hatte eine Familie sogar 2o Kinder (siehe Tabelle 9). Die Stellung in der Geschwisterreihe war bei beiden Gruppen für das erkrankte Kind mit 44,7% (C) bzw. 4o,4% (V) am stärksten als Erstgeborenes vertreten. Dem folgten mit 29,8% (C) bzw. 27,5% (V) das zweitgeborene Kind in der Geschwisterreihe.

Der Kindergartenbesuch unter bzw. über ein Jahr wurde als Kriterium zugrunde gelegt, wobei 61,7% (C) bzw. 64,8% (V) unter 1 Jahr den Kindergarten besuchten.

Der Anteil der nicht berufstätigen Mütter zum Zeitpunkt der Aufnahme betrug 72.o% (C) bzw. 76,1% (V).

Tabelle 9 : Daten zum sozio-ökonomischen Hintergrund der Stichprobe Clownerie (C) und der Vergleichsgruppe (V)

Merkmal		(C)	(V)	Chi^2
Beruf des Vaters vgl. Tab. 8	Keine Angaben	6 (12,o%)	1o3 (1o,9%)	
	Berufe der Unterschicht und der unteren Mittelschicht	35 (7o,o%)	544 (57,3%)	
	Berufe der mittleren Mittelschicht	4 (8,o%)	241 (25,4%)	
	Berufe der oberen Mittelschicht und Oberschicht	5 (1o,o%)	61 (6,4%)	
		5o (1oo%)	949 (1oo%)	p=o.o43

Merkmal		(C)	(V)	Chi^2
Ausbildungs-niveau des Vaters vgl. Tab. 8	keine	5 (1o,o%)	97 (1o,2%)	
	bis Mittel-schule (mittlere Reife)	39 (78,o%)	761 (8o,2%)	
	Fachschulbe-such, Abitur, Hochschul-studium	6 (12,o%)	91 (9,6%)	
		5o (1oo%)	949 (1oo%)	p=o.85
Ausbildungs-niveau der Mutter	unbekannt	3 (6,o%)	59 (6,2%)	
	bis Mittel-schule (mittlere Reife)	45 (9o,o%)	857 (9o,o%)	
	Fachschulbe-such, Abitur, Hochschul-studium	2 (4,o%)	36 (3,8%)	
		5o (1oo%)	952 (1oo%)	p=o.99
Erziehungs-verhalten des Vaters	'autoritär'	36 (83,7%)	66o (78,5%)	
	'demo-kratisch'	7 (16,3%)	181 (21,5%)	
		43 (1oo%)	841 (1oo%)	p=o.53
Erziehungs-verhalten der Mutter	'autoritär'	27 (57,4%)	53o (59,6%)	
	'demo-kratisch'	2o (42,6%)	36o (4o,4%)	
		47 (1oo%)	89o (1oo%)	p=o.89

Merkmal		(C)	(V)	Chi^2
Einwohnerzahl	> 100.000	23 (46,0%)	453 (47,7%)	
	≤ 100.000	27 (54,0%)	497 (52,3%)	
		50 (100%)	950 (100%)	p=0.95

Merkmal	(C)	(V)	t-Test
Anzahl	47	919	
Anzahl der Kinder	2.8	3.4	p=0.018

Merkmal		(C)	(V)	Chi^2
Stellung in der Geschwisterreihe	1. Kind	21 (44,7%)	370 (40,4%)	
	2. Kind	14 (29,8%)	252 (27,5%)	
	3. Kind	5 (10,6%)	135 (14,7%)	
	4. Kind	4 (8,5%)	77 (8,4%)	
	5. Kind	1 (2,1%)	43 (4,7%)	
	6. Kind	2 (4,3%)	17 (1,9%)	
	7. Kind	0	5 (0,5%)	
	8. Kind	0	9 (1,0%)	
	9. Kind	0	4 (0,4%)	
	10. Kind	0	1 (0,1%)	
	12. Kind	0	1 (0,1%)	
	17. Kind	0	1 (0,1%)	
	20. Kind	0	1 (0,1%)	
		47 (100%)	916 (100%)	p=0.98

Merkmal		(C)	(V)	Chi^2
Kindergartenbesuch	> 1 Jahr ja	18 (38,3%)	326 (35,2%)	
	> 1 Jahr nein	29 (61,7%)	6o1 (64,8%)	
		47 (loc%)	927 (loo%)	p=o.89
Berufstätigkeit der Mutter	ja	14 (28,o%)	214 (23,9%)	
	nein	36 (72,o%)	681 (76,1%)	
		5o (loo%)	895 (loc%)	p=o.63

4.1.5. Zur Familienvorgeschichte

Hierzu waren das Geburtsdatum der Eltern, ihre Krankheitsanamnese und weiterführende Angaben über Erkrankungen in der Familie bekannt. Mit ausgewertet wurden Angaben zu länger bestehenden persönlichen Konflikten, behandelten psychosomatischen Erkrankungen und funktionelle Störungen in der Familie, psychiatrische Auffälligkeiten bei Vater und Mutter bzw. Großeltern und Geschwistern sowie gravierende organische Erkrankungen mit Änderung des Elternverhaltens.
Als äußere Belastungsfaktoren wurden Unehelichkeit des Patienten, Elternscheidung und Tod eines Elternteiles verstanden.

Die einzelnen Daten zur Familienvorgeschichte sind in Tabelle 1o zusammengestellt. Das Geburtsjahr des Vaters liegt gerundet in beiden Gruppen bei 1934. Für das Geburtsjahr der Mutter ergibt sich ein signifikanter Unterschied (p=o.o11) 1939 für (C) bzw. 1937 für (V). Damit sind die Mütter der Stichprobe im Durchschnitt 2 Jahre älter. Die Belastungssituationen für die Familien im Sinne von längeren Konflikten 2% (C) bzw. 1% (V), behandelten psychosomatischen Erkrankungen 2% (C) bzw. 1% (V), funktionellen Störungen in der Familie 2% (C) bzw. c,4% (V) sind als gering einzuschätzen. Die psychiatrischen Auffälligkeiten der Väter 26% (C) bzw. 17% (V) entsprachen etwa den psychiatrischen Auffälligkeiten der Mütter 28% (C) bzw. 18% (V), wobei in beiden Gruppen die Tendenz der häufigeren psychiatrischen Auffälligkeiten bei den Eltern der Stichprobe herauszustellen ist.
Auch die gravierenden organischen Erkrankungen mit Änderung des Elternverhaltens sind mit 16% (C) bzw. 7,7% (V) (p= o.o7) als deutliche Tendenz zu werten.
Die psychiatrischen Erkrankungen bei den Großeltern mit 8% (C) bzw. 6,1% (V) und bei den Geschwistern mit lo% (C)

bzw. 6,3% (V) sind als potentiell belastende Faktoren nur gering vertreten.
Die äußeren Belastungsfaktoren wie Unehelichkeit des Patienten 14% (C) bzw. 12,3% (V), Elternscheidung 26% (C) bzw. 2o,9% (V) und Tod eines Elternteiles 4% (C) bzw. 8,5% (V) ergaben keine signifikanten Unterschiede zur Vergleichsgruppe und waren auch deutlich unterrepräsentiert.

Tabelle 1o : Daten zur Familienvorgeschichte der Stichprobe Clownerie (C) und der Vergleichsgruppe (V)

Merkmal		(C)	(V)	t-Test
Anzahl		39	8o2	
Geburts-datum	des Vaters	1934.6	1934.2	p=o.67
Anzahl		46	821	
Geburts-datum	der Mutter	1939.2	1937.o	p=o.o11

Merkmal		(C)	(V)	Chi^2
Längere Konflikte in der Familie	ja	1 (2,o%)	1o (1,o%)	
	nein	49 (98,o%)	947 (99,o%)	
		5o (1oo%)	957 (1oo%)	p=o.95
Behandelte psychosomatische Erkrankungen	ja	1 (2,o%)	1o (1,o%)	
	nein	49 (98,o%)	947 (99,o%)	
		5o (1oo%)	957 (1oo%)	p=o.95

Merkmal		(C)	(V)	Chi^2
Funktionelle Störungen in der Familie	ja	1 (2,0%)	4 (0,4%)	
	nein	49 (98,0%)	953 (99,6%)	
		50 (100%)	957 (100%)	p=0.60
Psychiatrisch auffälliger Vater	ja	13 (26,0%)	163 (17,0%)	
	nein	37 (74,0%)	794 (83,0%)	
		50 (100%)	957 (100%)	p=0.15
Psychiatrisch auffällige Mutter	ja	14 (28,0%)	172 (18,0%)	
	nein	36 (72,0%)	785 (82,0%)	
		50 (100%)	957 (100%)	p=0.11
Gravierende organische Erkrankungen mit Änderung des Elternverhaltens	ja	8 (16,0%)	74 (7,7%)	
	nein	42 (84,0%)	883 (92,3%)	
		50 (100%)	957 (100%)	p=0.07
Psychiatrische Erkrankungen bei den Großeltern	ja	4 (8,0%)	58 (6,1%)	
	nein	46 (92,0%)	899 (93,9%)	
		50 (100%)	957 (100%)	p=0.80

Merkmal		(C)	(V)	Chi^2
Psychiatrische Erkrankungen bei den Geschwistern	ja	5 (1o,o%)	6o (6,3%)	
	nein	45 (9o,o%)	897 (93,7%)	
		5o (1oo%)	957 (1oo%)	p=o.45
Äußere Belastungsfaktoren	ja	7 (14,o%)	85 (8,9%)	
	nein	43 (86,o%)	872 (91,1%)	
		5o (1oo%)	957 (1oo%)	p=o.33
Unehelichkeit der Patienten	ja	7 (14,o%)	118 (12,3%)	
	nein	43 (86,o%)	839 (87,7%)	
		5o (1oo%)	957 (1oo%)	p=o.9o
Ehescheidung	ja	13 (26,o%)	2oo (2o,9%)	
	nein	37 (74,o%)	757 (79,1%)	
		5o (1oo%)	957 (1oo%)	p=o.49
Tod eines Elternteiles	ja	2 (4,o%)	81 (8,5%)	
	nein	48 (96,o%)	876 (91,5%)	
		5o (1oo%)	957 (1oo%)	p=o.39

4.1.6. Zur psychophysischen Entwicklung

Zur Vorgeschichte der Patienten lagen anamnestische Angaben über Schwangerschaft- und Geburtsbelastungen, motorische und Sprachentwicklung sowie über ernstere frühere Erkrankungen vor.
Schwangerschaftsbelastungen wurden mit 14,3% bei (C) bzw. 21% bei (V) und Geburtsbelastungen mit 2o,4% bei (C) bzw. 24,3% bei (V) angegeben. Eine motorische Entwicklungsverzögerung (frei Sitzen nach lo Monaten und frei Laufen nach 18 Monaten) wurde für 3o% (C) bzw. 36,4% (V) genannt. Die ersten Worte konnten 52% (C) bzw. 54,9% (V) der Patienten erst nach einem Jahr sprechen. Ernstere Erkrankungen in der eigenen Vorgeschichte waren bei 18,4% (C) bzw. 28,8% (V) vorhanden.
Signifikante Unterschiede konnten zur psychophysischen Entwicklung nicht gefunden werden.

Tabelle 11 : Daten zur psychophysischen Entwicklung der Stichprobe Clownerie (C) und der Vergleichsgruppe (V)

Merkmal		(C)	(V)	Chi^2
Schwangerschaftsbelastung, anamnestisch erhoben	ja	7 (14,3%)	193 (21,o%)	
	nein	42 (85,7)	726 (79,o%)	
		49 (1oo%)	919 (1oo%)	p=o.34
Geburtsbelastung, anamnestisch erhoben	ja	1o (2o,4%)	223 (24,3%)	
	nein	39 (79,6%)	693 (75,7%)	
		49 (1oo%)	916 (1oo%)	p=o.65

Merkmal		(C)	(V)	Chi^2
Motorische Entwicklung verzögert (frei Sitzen nach 1o Monaten und frei Laufen nach 18 Monaten	ja	15 (3o,o%)	34o (36,4%)	
	nein	35 (7o,o%)	594 (63,6%)	
		5o (1oo%)	934 (1oo%)	p=o.44
Sprachentwicklung Erste Worte	fehlende Angaben	o	21 (2,2%)	
	vor 1 Jahr	24 (48,o%)	4o1 (42,9%)	
	nach 1 Jahr	26 (52,o%)	513 (54,9%)	
		5o (1oo%)	935 (1oo%)	p=o.47
Ernstere Erkrankungen in der eigenen Vorgeschichte	ja	9 (18,4%)	27o (28,8%)	
	nein	4o (81,6%)	667 (71,2%)	
		49 (1oo%)	937 (1oo%)	p=o.16

4.1.7. Zur Schullaufbahn

Von den schulpflichtigen Kindern standen Angaben über die Schulart zur Verfügung; der Schulerfolg, die Arbeitshaltung und das Arbeitstempo wurden anamnestisch bewertet. Die Selbsteinschätzung der Kinder bezüglich der Schulleistungen wurde in unbekannt, befriedigend und nicht befriedigend eingeteilt.
Darüber hinaus wurde ermittelt, ob den Eltern oder Bezugspersonen eine höhere Intelligenz der Kinder bekannt war oder nicht. Dieser eingeschätzten Intelligenz wurde der mit dem HAWIK bzw. HAWIE gemessene IQ-Wert abschließend gegenübergestellt.

Die Grund- bzw. Hauptschule besuchten 78% (C) bzw. 7o,8% (V) der Kinder. Zu weiterführenden Schulen (Realschulen/Gymnasien) gingen 8% (C) bzw. 4,9% (V) der Patienten. Der Schulerfolg wurde für 69,8% (C) bzw. 59% (V) und das Arbeitstempo für 74,4% (C) bzw. 62,6% (V) als nicht angemessen bewertet. Die Arbeitshaltung der Schüler wurde deutlich höher (p=o.o18) als unangemessen bei der Stichprobe mit 86% (C) gegenüber der Vergleichsgruppe mit 67,6% (V) betrachtet.
Die Selbsteinschätzung der Schulleistungen wurde von 28,3% (C) bzw. 19,7% (V) als nicht befriedigend angegeben. Die 'gute Intelligenz' der Kinder war in 36% (C) bzw. 31,1% (V) den Eltern bekannt.
Der mit dem HAWIK bzw. HAWIE gemessene Intelligenzquotient lag bei der Stichprobe mit IQ = 87.98 gegenüber der Vergleichsgruppe IQ = 78.63 signifikant (p=o.o12) höher.

Tabelle 12 : Daten zur Schullaufbahn der Stichprobe Clownerie (C) und der Vergleichsgruppe (V)

Merkmal		(C)	(V)	Chi^2
Schulart	keine	7 (14,o%)	231 (24,3%)	
	Grund- bzw. Hauptschule	39 (78,o%)	671 (7o,8%)	
	weiterführende Schulen	4 (8,o%)	47 (4,9%)	
		5o (loo%)	949 (loo%)	p=o.74
Schulerfolg anamnestisch bewertet	als den Anforderungen angemessen	13 (3o,2%)	288 (41,o%)	
	als nicht angemessen	3o (69,8%)	414 (59,o%)	
		43 (loo%)	7o2 (loo%)	p=o.22
Arbeitshaltung anamnestisch bewertet	als den Anforderungen angemessen	6 (14,o%)	227 (32,4%)	
	als nicht angemessen	37 (86,o%)	474 (67,6%)	
		43 (loo%)	7o1 (loo%)	p=o.o18
Arbeitstempo anamnestisch bewertet	als den Anforderungen angemessen	11 (25,6%)	262 (37,4%)	
	als nicht angemessen	32 (74,4%)	439 (62,6%)	
		43 (loo%)	7o1 (loo%)	p=o.16

Merkmal		(C)	(V)	Chi^2
Selbsteinschätzung bzgl. der Schulleistung	unbekannt	28 (6o,9%)	495 (65,o%)	
	befriedigend	5 (1o,9%)	117 (15,4%)	
	nicht befriedigend	13 (28,3%)	15o (19,7%)	
		46 (1oo%)	762 (1oo%)	p=o.32
'Gute Intelligenz' bekannt	ja	18 (36,o%)	313 (33,1%)	
	nein	32 (64,o%)	633 (66,9%)	
		5o (1oo%)	946 (1oo%)	p=o.79

Merkmal		(C)	(V)	t-Test
Anzahl		48	8o4	
Hamburg-Wechsler-Test	HAWIK bzw. HAWIE IQ von	87.98	78.63	p=o.o12

4.1.8. Zum somatischen Befund

Die somatischen Daten umfaßten Angaben zum Geschlecht der Patienten, zum Längenwachstum, zur Pubertätsstufe sowie zu internistischen und neurologischen Befunden. Die electroencephalographischen Befunde wurden in drei Gruppen (Grundaktivität, Dysrhythmie und Seitendifferenzen) eingeteilt.

Von den 5o Kindern der Stichprobe waren 43 Jungen und 7 Mädchen. Hier zeigte sich eine deutlich signifikante Verschiebung mit 86% (C) gegenüber 66,6% (V) zugunsten des männlichen Geschlechtes (p=o.oo7).

Wachstumsakzeleriert waren 14% (C) bzw. 8% (V), die Pubertätsstufe hatten 24% (C) bzw. 34,2% (V) erreicht, Auffälligkeiten im internistischen Befund waren zu 6% (C) bzw. 7,3% (V) vorhanden und Zeichen ausgeprägter Labilität bei 4% (C) bzw. 7,4% (V).
Wie aus Tabelle 13 ersichtlich,zeigten sich bei den vorgenannten Befunden keine signifikanten Differenzen.
Das Hirnstrombild war in 3o% (C) bzw. 26,2% (V) allgemeinverändert. Als dysrhythmisch wurde es bei 2o% (C) bzw. 26,1% (V) beurteilt und Seitendifferenzen waren bei 6% (C) bzw. 7,8% (V) vorhanden. Auch bei diesen Befunden zeigten sich keine signifikanten Unterschiede.

Tabelle 13 : Daten zum somatischen Befund der Stichprobe Clownerie (C) und der Vergleichsgruppe (V)

Merkmal		(C)	(V)	Chi^2
Geschlecht	männlich	43 (86,o%)	637 (66,6%)	
	weiblich	7 (14,o%)	32o (33,4%)	
		5o (1oo%)	957 (1oo%)	p=o.oo7
Längenwachstum und Reifungsakzeleration	vorhanden	7 (14,o%)	76 (8,o%)	
	nicht vorhanden	43 (86,o%)	879 (92,o%)	
		5o (1oo%)	955 (1oo%)	p=o.21
Pubertätsstufe	erreicht	12 (24,o%)	327 (34,2%)	
	noch nicht erreicht	38 (76,o%)	628 (65,8%)	
		5o (1oo%)	955 (1oo%)	p=o.18
Auffälligkeiten im internistischen Befund	vorhanden	3 (6,o%)	7o (7,3%)	
	nicht vorhanden	47 (94,o%)	884 (92,7%)	
		5o (1oo%)	954 (1oo%)	p=o.94
Zeichen ausgeprägter Labilität	vorhanden	2 (4,o%)	71 (7,4%)	
	nicht vorhanden	48 (96,o%)	884 (92,6%)	
		5o (1oo%)	955 (1oo%)	p=o.53

Merkmal		(C)	(V)	Chi^2
Auffälligkeiten im neurologischen Befund	vorhanden	11 (22,o%)	213 (22,3%)	
	nicht vorhanden	39 (78,o%)	743 (77,7%)	
		5o (1oo%)	956 (1oo%)	p=o.9o
Hirnstrombild - Beurteilung der Grundaktivität	allgemeinverändert	15 (3o,o%)	247 (26,2%)	
	nicht allgemeinverändert	35 (7o,o%)	694 (73,8%)	
		5o (1oo%)	941 (1oo%)	p=o.68
Hirnstrombild - Beurteilung als dysrhythmisch	ja	1o (2o,o%)	246 (26,1%)	
	nein	4o (8o,o%)	695 (73,9%)	
		5o (1oo%)	941 (1oo%)	p=o.42
Hirnstrombild - Seitendifferenzen	vorhanden	3 (6,o%)	73 (7,8%)	
	nicht vorhanden	47 (94,o%)	868 (92,2%)	
		5o (1oo%)	941 (1oo%)	p=o.86

4.1.9. Zum psychiatrischen und psychologischen Befund

Die Einschätzung des Neurotizismus mit der Hamburger Neurotizismus und Extraversionsskala für Kinder und Jugendliche (HANES, KJ) konnte für 14 Patienten der Stichprobe und 16o Patienten der Vergleichsgruppe ausgewertet werden; dabei lag der Wert mit 6.92 für (C) gegenüber 6.o6 für (V) mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 6,1% tendenziell höher. Als 'psychisch akzeleriert' wurden nur 4,1% (C) bzw. 2,3% (V) eingestuft.
Verhaltensauffälligkeiten - wie in Tabelle 15 aufgeführt - wurden bei loo% (C) bzw. 94% (V) beobachtet, wobei Mehrfachnennungen für den einzelnen Patienten die Regel sind. Dabei zeigte sich ein deutlich signifikanter Unterschied bezüglich der raschen Ermüdbarkeit 24% (C) bzw. 12,6% (V), der Inappetenz 8% (C) bzw. 2,2% (V), der Konzentrationsstörung 76% (C) bzw. 57,7% (V) und der Distanzlosigkeit 6% (C) bzw. 1,2% (V).

Das erhöhte Grimassieren mit 8% (C) gegenüber 2,5% (V) ist mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit (p=o.o63) als Tendenz zu werten; ebenso das überhöhte Anspruchsniveau mit 14% (C) gegenüber 6,7% (V) bei p=o.o93.

Psychopathologische Besonderheiten - wie in Tabelle 16 aufgeführt - wurden bei 98% (C) bzw. 95,1% (V) beobachtet, wobei auch hier Mehrfachnennungen für den einzelnen Patienten die Regel sind, sich aber keine signifikanten Unterschiede zeigten.
Eine Diskrepanz zwischen ermittelten Verbal- und Handlungsintelligenz-Quotienten ($\pm$ HAWIK bzw. HAWIE) zeigte sich zur Vergleichsgruppe nicht.

Bezüglich der projektiven Untersuchungsmethoden (TAT, KAT, Sceno-Test, Thomas-Erzähl-Test, Rorschach-Formdeutever-

fahren, Rosenzweig-Test, Düss-Fabel-Test u.a.) konnten Hinweise auf Ängste bei 77,6% (C) bzw. 65,5% (V), auf gehemmte Aggressivität bei 65,3% (C) bzw. 67,5% (V), auf Verwahrlosungstendenzen bei 34,7% (C) bzw. 29,6% (V), auf belastende Beziehungen zu Vaterfiguren bei 64,6% (C) bzw. 54,5% (V), auf Geschwisterrivalität/Kontaktprobleme bei 77,6% (C) bzw. 72% (V), auf Konfliktsituationen wegen Strafverhaltens bei 34,7% (C) bzw. 4o,3% (V), auf Konflikte im Verhältnis zu Schule/Spiel bei 59,2% (C) bzw. 53,3% (V) und auf Überforderung und Einengung bei 44,9% (C) bzw. 46,4% (V) registriert werden.
In den vorgenannten Hinweisen zeigten sich keine signifikanten Häufigkeitsdifferenzen, wohl aber in den nachfolgenden.
Es waren 79,2% der Patienten der Stichprobe gegenüber 63,7% der Vergleichsgruppe deutlicher durch die Beziehungen zur Mutterfigur belastet. Unterlegenheitsgefühle sind bei 83,7% (C) gegenüber 7o,9% (V) gefunden worden, was mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit (p=o.o77) tendenziell zu werten ist.

Tabelle 14 : Daten zu psychopathologischen und psychologischen Befunden der Stichprobe Clownerie (C) und der Vergleichsgruppe (V)

Merkmal		(C)	(V)	t-Test
Neurotizismus mit HANES gemessen	Anzahl	14	16o	
		6.92	6.o6	p=o.o61

Merkmal		(C)	(V)	Chi^2
Als 'psychisch akzeleriert' eingestuft	ja	2 (4,1%)	22 (2,3%)	
	nein	47 (95,9%)	933 (97,7%)	
		49 (loo%)	955 (loo%)	p=o.75
Verhaltensauffälligkeiten (vgl. Tab.15)	beobachtet	49 (loo%)	899 (94,o%)	
	nicht beobachtet	o	57 (6,o%)	
		49 (loo%)	956 (loo%)	p=o.15
Psychopathologische Besonderheiten (vgl. Tab.16)	beobachtet	48 (98,o%)	9o8 (95,1%)	
	nicht beobachtet	1 (2,o%)	47 (4,9%)	
		49 (loo%)	955 (loo%)	p=o.56
Differenzen zwischen Verbal- und Handlungs-IQ im HAWIK/HAWIE	> 15 IQ-Punkte	11 (36,7%)	168 (39,o%)	
	≤ 15 IQ-Punkte	19 (63,3%)	263 (61,o%)	
		3o (loo%)	431 (loo%)	p=o.95
In projektiven Verfahren Hinweise ... auf Ängste	registriert	38 (77,6%)	624 (65,5%)	
	nicht registriert	11 (22,4%)	328 (34,5%)	
		49 (loo%)	952 (loo%)	p=o.12

Merkmal		(C)	(V)	Chi^2
In projektiven Verfahren Hinweise ... auf Unterlegenheitsgefühle	registriert	41 (83,7%)	675 (7o,9%)	
	nicht registriert	8 (16,3%)	277 (29,1%)	
		49 (1oo%)	952 (1oo%)	p=o.o77
... auf gehemmte/indirekte Aggressivität	registriert	32 (65,3%)	643 (67,5%)	
	nicht registriert	17 (34,7%)	31o (32,5%)	
		49 (1oo%)	953 (1oo%)	p=o.87
... auf Verwahrlosungstendenzen	registriert	17 (34,7%)	282 (29,6%)	
	nicht registriert	32 (65,3%)	67o (7o,4%)	
		49 (1oo%)	952 (1oo%)	p=o.55
... auf belastende Beziehungen zu Mutterfiguren	registriert	38 (79,2%)	6o6 (63,7%)	
	nicht registriert	1o (2o,8%)	346 (36,3%)	
		48 (1oo%)	952 (1oo%)	p=o.o42
... auf belastende Beziehungen zu Vaterfiguren	registriert	31 (64,6%)	519 (54,5%)	
	nicht registriert	17 (35,4%)	433 (45,5%)	
		48 (1oo%)	952 (1oo%)	p=o.22

Merkmal		(C)	(V)	Chi^2
In projektiven Verfahren Hinweise ... auf Geschwisterrivalität/Kontaktprobleme	registriert	38 (77,6%)	685 (72,o%)	
	nicht registriert	11 (22,4%)	267 (28,o%)	
		49 (1oo%)	952 (1oo%)	p=o.49
... auf Konfliktsituationen wegen Strafverhaltens	registriert	17 (34,7%)	384 (4o,3%)	
	nicht registriert	32 (65,3%)	568 (59,7%)	
		49 (1oo%)	952 (1oo%)	p=o.52
... auf Konflikt im Verhältnis zu Schule/Spiel	registriert	29 (59,2%)	5o6 (53,3%)	
	nicht registriert	2o (4o,8%)	444 (46,7%)	
		49 (1oo%)	95o (1oo%)	p=o.51
... auf Überforderung/ Einengung	registriert	22 (44,9%)	441 (46,4%)	
	nicht registriert	27 (55,1%)	5o9 (53,6%)	
		49 (1oo%)	95o (1oo%)	p=o.95

Tabelle 15 : Beobachtete und dokumentierte Verhaltensauffälligkeiten in der Stichprobe Clownerie (C) und der Vergleichsgruppe (V) (Mehrfachnennungen möglich, vgl. 4.1.9.) -in absoluten Zahlen und Prozentwerten-

Merkmal	(C)	(V)	Chi^2, p
Schlafstörungen	8 (16,o%)	131 (13,7%)	o.8o1
Tics	2 (4,o%)	41 (4,3%)	o.793
Grimassieren	4 (8,o%)	24 (2,5%)	o.o63
Rasche Ermüdbarkeit	12 (24,o%)	121 (12,6%)	o.o36
Inappetenz	4 (8,o%)	21 (2,2%)	o.o35
Erbrechen	1 (2,o%)	2o (2,1%)	o.643
Einkoten	6 (12,o%)	123 (12,9%)	o.967
Einnässen	9 (18,o%)	196 (2o,5%)	o.8o7
Kopfschmerzen	3 (6,o%)	49 (5,1%)	o.957
Vasomotorische Störungen	1 (2,o%)	15 (1,6%)	o.733
Automutilationen	3 (6,o%)	55 (5,7%)	o.813
Konzentrationsstörungen	38 (76,o%)	552 (57,7%)	o.o16
Zuwendungsabhängigkeit	26 (52,o%)	4oo (41,8%)	o.2o2
Hyperaktivität	14 (28,o%)	171 (17,9%)	o.1o6
Antriebsarmut	3 (6,o%)	66 (6,9%)	o.968
Lügen	o	19 (2,o%)	o.636
Stehlen	3 (6,o%)	66 (6,9%)	o.967
Streunen	1 (2,o%)	43 (4,5%)	o.626
Zündeln	1 (2,o%)	6 (o,6%)	o.791
Distanzlosigkeit	3 (6,o%)	11 (1,2%)	o.o26
Stereotypien	1 (2,o%)	35 (3,7%)	o.821
Stottern etc.	o	12 (1,3%)	o.897
Fingernägelkauen	1 (2,o%)	15 (1,6%)	o.732

Tabelle 16 : Beobachtete und dokumentierte psychopathologische Besonderheiten in der Stichprobe Clownerie (C) und der Vergleichsgruppe (V) (Mehrfachnennungen möglich, vgl. 4.1.9.) -in absoluten Zahlen und Prozentwerten-

Merkmal	(C)	(V)	Chi^2, p
Zwangssymptome	o	35 (3,7%)	o.326
Phobien, spezifische Ängste	7 (14,o%)	112 (11,7%)	o.793
Allgemeine Ängstlichkeit	23 (46,o%)	4o4 (42,3%)	o.7o8
Minderwertigkeitsgefühle	13 (26,o%)	257 (26,9%)	o.979
Stimmungslabilität	16 (32,o%)	312 (32,6%)	o.951
Überhöhtes Anspruchsniveau	7 (14,o%)	64 (6,7%)	o.o93
Zu niedriges Anspruchsniveau	4 (8,o%)	58 (6,1%)	o.8o1
Soziale Passivität	13 (26,o%)	26o (27,2%)	o.982
Kontaktschwäche	28 (56,o%)	499 (52,2%)	o.7o4
Überangepaßtheit	2 (4,o%)	63 (6,6%)	o.666
Offene Aggression	23 (46,o%)	426 (44,6%)	o.957
Versteckte Aggressivität	17 (34,o%)	285 (29,8%)	o.8o1
Mißerfolgsempfindlichkeit	19 (38,o%)	324 (33,9%)	o.657
Wutausbrüche	2 (4,o%)	17 (1,8%)	o.554
Sadistische Handlungen	o	6 (o,6%)	o.7o4
Andere psychopathologische Besonderheiten	8 (16,o%)	116 (12,1%)	o.555

4.1.1o. Zum Behandlungsverlauf

Die Patienten der Stichprobe wurden im Durchschnitt o.98 und die der Vergleichsgruppe 1.35 Jahre stationär behandelt. Der Unterschied von ca. 4 Monaten ist nicht signifikant (p=o.3o).
Zu den registrierten Behandlungen die eingeleitet oder empfohlen wurden zählten Elternberatung, Schulwechsel, Milieuwechsel, Spieltherapie, Gesprächstherapie, Gruppentherapie, Elterntherapie, Familientherapie, Verhaltenstherapie, medikamentöse Therapie, heilpädagogische Maßnahmen, Besuch von Klinikschule bzw. Klinikkindergarten und Arbeitstherapie, wobei durchaus mehrere Empfehlungen gleichzeitig gegeben wurden.

Die Katamnestischen Angaben über den nachstationären Verlauf wurden für 68,1% (C) bzw. 56,9% (V) als günstig bewertet.
Der Effekt der Behandlung wurde signifikant häufiger (p=o.oo3) bei der Stichprobe mit 89,8% gegenüber 68,3% bei der Vergleichsgruppe registriert. Dabei zeigte sich, daß bezüglich der Elternberatung, der Empfehlung des Milieuwechsels, der Gesprächstherapie, der Gruppentherapie, der Verhaltenstherapie, der medikamentösen Therapie, der heilpädagogischen Maßnahmen, des Schul- bzw. Kindergartenbesuches in der Klinik und der Arbeitstherapie keine signifikanten Häufigkeitsdifferenzen (vgl. Tab. 17) auftraten.
Hochsignifikante Differenzen (p=o.oo2, o.oo1) wurden für die Empfehlung Schulwechsel bzw. Schulformwechsel mit 44,9% (C) gegenüber 23,8% (V) und die Spieltherapie mit 26% (C) gegenüber 9,7% (V) gefunden.
Als Tendenz (p=o.o78,o.o53) sind die häufiger durchgeführte Elterntherapie bei 14% der Stichprobe gegenüber 6,5% der Vergleichsgruppe und die Familientherapie mit 8% (C) gegenüber 2,4% (V) zu werten.

Tabelle 17 : Daten zum Behandlungsverlauf in der Stichprobe Clownerie (C) und der Vergleichsgruppe (V)

Merkmal		(C)	(V)	t-Test
Anzahl		5o	93o	
Behandlungs-dauer - Jahre -		o.98	1.35	p=o.3o
Merkmal		**(C)**	**(V)**	**Chi^2**
Effekt der Behandlung registriert	ja	44 (89,8%)	648 (68,3%)	
	nein	5 (1o,2%)	3o1 (31,7%)	
		49 (1oo%)	949 (1oo%)	p=o.oo3
Weitere Elternbe-ratung empfohlen	ja	23 (46,9%)	363 (38,3%)	
	nein	26 (53,1%)	586 (61,7%)	
		49 (1oo%)	949 (1oo%)	p=o.29
Schul-wechsel bzw. Wechsel der Schulform empfohlen	ja	22 (44,9%)	225 (23,8%)	
	nein	27 (55,1%)	721 (76,2%)	
		49 (1oo%)	946 (1oo%)	p=o.oo2
Milieu-wechsel empfohlen	ja	26 (53,1%)	491 (51,8%)	
	nein	23 (46,9%)	457 (48,2%)	
		49 (1oo%)	948 (1oo%)	p=o.98

Merkmal		(C)	(V)	Chi^2
Katam-nestische Angaben	günstig	32 (68,1%)	526 (56,9%)	
	ungünstig	15 (31,9%)	399 (43,1%)	
		47 (1oo%)	925 (1oo%)	p=o.17
Spiel-therapie durchge-führt	ja	13 (26,o%)	93 (9,7%)	
	nein	37 (74,o%)	864 (9o,3%)	
		5o (1oo%)	957 (1oo%)	p=o.ool
Gesprächs-therapie durchge-führt	ja	3 (6,o%)	11o (11,5%)	
	nein	47 (94,o%)	847 (88,5%)	
		5o (1oo%)	957 (1oo%)	p=o.33
Gruppen-therapie durchge-führt	ja	14 (28,o%)	2o1 (21,o%)	
	nein	36 (72,o%)	756 (79,o%)	
		5o (1oo%)	957 (1oo%)	p=o.32
Eltern-therapie durchge-führt	ja	7 (14,o%)	62 (6,5%)	
	nein	43 (86,o%)	895 (93,5%)	
		5o (1oo%)	957 (1oo%)	p=o.o78

Merkmal		(C)	(V)	Chi^2
Familien-therapie durchgeführt	ja	4 (8,o%)	23 (2,4%)	
	nein	46 (92,o%)	934 (97,6%)	
		5o (1oo%)	957 (1oo%)	p=o.o53
Verhaltens-therapie durchgeführt	ja	8 (16,o%)	1o7 (11,2%)	
	nein	42 (84,o%)	85o (88,8%)	
		5o (1oo%)	957 (1oo%)	p=o.41
Medikamentöse Therapie durchgeführt	ja	9 (18,o%)	251 (26,2%)	
	nein	41 (82,o%)	7o6 (73,8%)	
		5o (1oo%)	957 (1oo%)	p=o.26
Heilpädagogische Maßnahmen durchgeführt	ja	12 (24,o%)	18o (18,8%)	
	nein	38 (76,o%)	777 (81,2%)	
		5o (1oo%)	957 (1oo%)	p=o.47
Klinikschule bzw. Klinikkindergarten besucht	ja	1o (2o,o%)	184 (19,2%)	
	nein	4o (8o,o%)	773 (8o,8%)	
		5o (1oo%)	957 (1oo%)	p=o.96

Merkmal		(C)	(V)	Chi^2
Arbeits-therapie durchge-führt	ja	1 (2,o%)	48 (5,o%)	
	nein	49 (98,o%)	9o9 (95,o%)	
		5o (loo%)	957 (loo%)	p=o.53

4.1.11. Zur Daseinsthematik und Daseinstechnik und den formalen Persönlichkeitseigenschaften

Zur Erfassung der Lebenstechniken wurden die Daseinsthematik und Daseinstechnik von Thomae (1968) zugrunde gelegt, wobei er Daseinstechnik als "Kunstgriff der menschlichen Natur zur Ermöglichung des Daseins" definiert (Thomae, 1968, S. 334).

Die Daseinstechniken wurden in
1. Coping im Sinne von leistungsgerechter aktiver Auseinandersetzung,
2. Interaktion und
3. Abwehr

unterteilt, wobei einzelne Techniken sowohl Coping als auch Abwehr beinhalten.
Die einzelnen zur Copinggruppe gehörenden Techniken sind in der nachfolgenden Tabelle 18 aufgeführt.
Hier ließen sich keine deutlichen Unterschiede zur Vergleichsgruppe aufweisen; als tendenziell ($p=0.087$) ist das öftere Aufgreifen von Chancen der Kinder der Stichprobe zu werten.

Tabelle 18 : Daten zu Copingtechniken der Stichprobe Clownerie (C) mit 50 Patienten und der Vergleichsgruppe (V) mit 957 Patienten -Ratingwerte und Irrtumswahrscheinlichkeit-

Merkmal	(C)	(V)	Chi^2, p
Sachliche Leistung	2.9	2.9	0.866
Sachliche Aspekte der Situation	2.7	2.7	0.794
Aufgreifen von Chancen	3.1	2.9	0.087
Zurückstellen und Verzicht	2.4	2.4	0.798

Merkmal	(C)	(V)	Chi^2, p
Korrektur von Erwartungen	2.4	2.4	o.619
Akzeptieren der Situation	3.o	3.o	o.546
Positive Um-Deutung	2.3	2.3	o.647
Hoffnung auf Wende	2.7	2.6	o.655

Die Interaktionstechniken sind in der Tabelle 19 aufgelistet.

Auch hier ist kein signifikanter Unterschied herauszustellen. Lediglich die erhöhten (p=o.o79) Hilfsapelle treten gegenüber der Vergleichsgruppe hervor.

Tabelle 19 : Daten zu Interaktionstechniken der Stichprobe Clownerie (C) mit 5o Patienten und der Vergleichsgruppe (V) mit 957 Patienten -Ratingwerte und Irrtumswahrscheinlichkeit-

Merkmal	(C)	(V)	Chi^2, p
Eigenheiten und Bedürfnisse anderer	2.5	2.5	o.685
Hilfsapelle	3.6	3.3	o.o79
Stiftung und Pflege sozialer Kontakte	2.7	2.6	o.446
Identifikation mit Vater, Mutter, Eltern	3.2.	3.3	o.717
Identifikation mit Gleichaltrigen	3.o	2.9	o.247

Bei den unter Abwehr eingeordneten Techniken (vgl. Tab. 2o) zeigen sich erstmals signifikante Unterschiede zur Vergleichsgruppe. Die Kinder der Stichprobe verlassen sich (p=o.oo3) weniger auf andere, ignorieren sie mehr und haben eine höhere Illusionsbildung (p=o.o47, o.o48), bei als tendenziell erhöht zu wertenden (p=o.o9) aktiven Widerstand.

Tabelle 2o : Daten zu Abwehrtechniken der Stichprobe Clownerie (C) mit 5o Patienten und der Vergleichsgruppe (V) mit 957 Patienten -Ratingwerte und Irrtumswahrscheinlichkeit-

Merkmal	(C)	(V)	Chi^2, p
Sich verlassen auf andere	3.o	3.5	o.oo3
Aktiver Widerstand	3.1.	2.8	o.o9o
Aggressive Durchsetzung	3.8	3.7	o.642
Situation den Umständen überlassen	3.5	3.6	o.6o4
Depression und Resignation	3.1	3.o	o.68o
Evasive Reaktion	4.5	4.3	o.1o7
Defensive Reaktion	2.9	2.9	o.847
Kritik und Abwertung anderer	3.2	3.o	o.121
Ignorierung	4.1	3.8	o.o47
Illusionsbildung	3.3	3.o	o.o48

Hinsichtlich der Daseinsthemen (vgl. Tab. 21) zeigt sich bei den Kindern der Stichprobe, daß sie verstärkt von Elternproblemen und Schulproblemen (p=o.oo4, o.oo1) bestimmt sind.

Tabelle 21 : Daten zu Daseinsthemen der Stichprobe Clownerie (C) mit 5o Patienten und der Vergleichsgruppe (V) mit 957 Patienten -Ratingwert und Irrtumswahrscheinlichkeit-

Merkmal	(C)	(V)	Chi^2, p
Genügend Wechsel Arbeit - Ruhe	2.3	2.4	o.227
Sichfreuen, Chancen aufgreifen	2.9	2.8	o.265
Bestimmtsein von Enttäuschungen	3.8	3.6	o.244
Endgültigkeit der Lebenssituation	2.5	2.5	o.843
Bestimmtsein von körperlichen Problemen	2.5	2.6	o.337
Bestimmtsein von Elternproblemen	4.3	3.7	o.oo4
Besimmtsein von Schulproblemen	4.o	3.4	o.oo1
Bestimmtsein vom Wunsch Ausweitung der Interessen	2.8	2.6	o.3o5
Bestimmtsein von Einschränkungen und fehlenden Möglichkeiten	2.9	2.7	o.227
Bestimmtsein von Ausweitung soziales Leben - Krankenhaus	2.6	2.5	o.4o1
Bestimmtsein um Erhaltung soziales Leben - Krankenhaus	2.6	2.7	o.327
Betroffensein von Einschränkung sozialer Lebenskreis	2.8	2.6	o.274

Bezüglich der formalen Persönlichkeitseigenschaften (vgl. Tab. 22) unterscheiden sich die Kinder der Stichprobe deutlich durch ihre höhere Variabilität der Aktivität (p=o.oo5) und durch ihre größere Aktivität (p=o.o27), aber auch durch ihre Form der Aktivität (p=o.o31); sie sind stimmungsvariabler (p=o.o54) und anregbarer (p=o.o59) als die Vergleichsgruppe.

Tabelle 22 : Daten zu formalen Persönlichkeitseigenschaften der Stichprobe Clownerie (C) mit 5o Patienten und der Vergleichsgruppe (V) mit 957 Patienten -Ratingwert und Irrtumswahrscheinlichkeit-

Merkmal	(C)	(V)	Chi^2, p
Größe der Aktivität	5.3	4.8	o.o27
Variabilität der Aktivität	4.4	3.8	o.oo5
Form der Aktivität	5.3	4.7	o.o31
Stimmungsqualität	4.5	4.2	o.115
Stimmungsvariabilität	5.2	4.8	o.o54
Anregbarkeit	4.o	3.7	o.o59
Angepaßtheit	3.6	3.7	o.3o4
Steuerung	3.4	3.4	o.843
Sicherheit im Krankenhaus	4.6	4.4	o.19o

4.2. Zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse

Die unter 4.1.1. bis 4.1.11. dargestellten Ergebnisse sind hier übersichtlich zusammengefaßt.

4.2.1. Zur klinischen Diagnose

Die Einordnung der klinischen Diagnosen erfolgte für die Patienten der Stichprobe - Clownerie als Verhaltensstörung - nach dem multiaxialen Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter et al. (1977).
Dabei ergab die Einordnung der möglichen Schlüsselzahlen in den fünf Achsen dieses Schemas folgende Häufigkeiten:

- Erste-Achse: Klinisch psychiatrisches Syndrom,

  bei 18 Patienten, also 36% der Diagnosen, wurden nicht-sozialisierte Störungen des Sozialverhaltens angegeben, dem folgten mit jeweils 5 Patienten (1o%) Störung des Sozialverhaltens mit emotionalen Störungen und Enkopresis, dann 3 mal (6%) Enuresis (vgl. Tabelle 1);

- Zweite-Achse: Umschriebene Entwicklungsrückstände

  bei 25 Patienten (5o%) kein umschriebener Entwicklungsrückstand, dem folgten mit 14 Patienten (28%) multiple Entwicklungsrückstände und die nächst größere Gruppe mit 8 Patienten (16%) umschriebene Lese-Rechtschreib-Schwäche (vgl. Tabelle 2);

- Dritte-Achse: Intelligenzniveau,

  bei 23 Patienten (46%) durchschnittliche Intelligenz IQ von 85-114, dem folgten mit 8 Patienten (16%) niedrige Intelligenz IQ von 7o-84, dann jeweils 7 Patienten (14%) mit leichter intellektueller Behinderung IQ von 5o-69 und hoher Intelligenz IQ von 115-129, dann sehr hohe Intelligenz bei 2 Patienten (4%) IQ über 13o
  (vgl. Tabelle 3);

- Vierte-Achse: Körperliche Symptomatik,

  bei 43 Patienten (86%) keine körperliche Symptomatik, dem folgten je 1 mal (2%) angeborene Hemiplegie, Epilepsie, Petit Mal-Status, Visuseinschränkung und Blindheit, Schwerhörigkeit und Taubheit, Chorea minor (Veitstanz) und sonstige Herzmuskelerkrankungen
  (vgl. Tabelle 4);

- Fünfte-Achse: Aktuelle abnorme psychosoziale Umstände,

  bei 11 Patienten (22%) abnorme familiäre Verhältnisse, dem folgten 1o Patienten (2o%) mit psychischen Störungen bei anderen Familienmitgliedern, dann 9 Patienten (18%) mit keinen bedeutsamen abnormen psychosozialen Umständen und zum Schluß seien hier noch je 7 Fälle (14%) mit Disharmonie in der Familie bzw. übermäßig ausgeprägte oder abnorme familiäre Beziehungen genannt
  (vgl. Tabelle 5).

Die fehlenden Prozentangaben bis 1oo% in den vorangegangenen Darstellungen zu den fünf Achsen sind der Übersichthalber den Tabellen 1 bis 5 zu entnehmen.

4.2.2. Zur Entwicklung der Symptomatik

Bezüglich des Alters der Kinder, des Alters bei der Aufnahme, des Beginns der Symptomatik und des kontinuierlichen Bestehens der Symptomatik bestanden zur Vergleichsgruppe keine signifikanten Differenzen (Tabelle 6).
Dabei zeigte sich für beide Gruppen, daß der Mittelwert des Alters bei der Aufnahme um lo Jahre lag.
Deutlich signifikante Unterschiede zeigten sich bei der Symptomzahl und der Schwere des Krankheitsbildes (Tabelle 7). Hier war die Clowneriegruppe deutlich belasteter.

4.2.3. Zum sozio-ökonomischen Hintergrund

Die Väter der Patienten der Stichprobe übten signifikant häufiger Berufe der Unterschicht und unteren Mittelschicht (ungelernte Arbeiter, Facharbeiter und einfache Angestellte und Beamte, manuell Selbständige) aus. Das Ausbildungsniveau bis mittlere Reife war am häufigsten bei beiden Gruppen ohne signifikante Unterschiede anzutreffen. Das Familieneinkommen wurde von beiden überwiegend mit knapp angegeben. Die Anzahl der Familienmitglieder der Stichprobe betrug vier Mitglieder bzw. weniger (Tabelle 8).

4.2.4. Zum sozio-kulturellen Hintergrund

Die Berufsschichtzugehörigkeit der Väter wurde bereits erwähnt; sie lag signifikant unter der der Vergleichsgruppe. Das Ausbildungsniveau der Väter in beiden Gruppen lag deutlich höher als das der Mütter in beiden Gruppen.

Der Erziehungsstil ist in beiden Gruppen bei den Müttern als mehr demokratisch einzuschätzen. Zur Größe des Wohnortes gab es keine signifikanten Unterschiede. Die Anzahl der Kinder war in der Stichprobe signifikant niedriger, bezüglich der Stellung in der Geschwisterreihe fanden sich keine signifikanten Differenzen. Bezüglich des Kindergartenbesuches und der Berufstätigkeit der Mutter gab es keine deutlichen Unterschiede (Tabelle 9).

4.2.5. Zur Familienvorgeschichte

Beim Geburtsjahr der Väter konnte kein Unterschied zur Vergleichsgruppe festgestellt werden. Dagegen waren die Mütter der Stichprobe signifikant 2 Jahre älter. Belastungen in der Familienanamnese im Sinne von längeren Konflikten, behandelten psychosomatischen Erkrankungen, funktionellen Störungen, psychiatrischen Erkrankungen bei den Großeltern und Geschwistern, Unehelichkeit des Patienten, Ehescheidung der Eltern und Tod eines Elternteiles konnten in beiden Gruppen nicht signifikant gefunden werden. Die Familien der Stichprobe waren signifikant stärker durch organische Erkrankungen mit Änderung des Elternverhaltens belastet (Tabelle lo).

4.2.6. Zur psychophysischen Entwicklung

Die Angaben über Schwangerschaft- und Geburtsbelastungen sowie der motorischen Entwicklung zeigten keine signifikanten Unterschiede. Über die Hälfte der Patienten konnte in beiden Gruppen die ersten Worte nach 1 Jahr sprechen. Bezüglich der ernsteren Erkrankungen in der

eigenen Vorgeschichte gab es keine signifikanten Differenzen (Tabelle 11).

4.2.7. Zur Schullaufbahn

Die schulpflichtigen Kinder besuchten in beiden Gruppen häufiger die Grund- bzw. Hauptschule, wobei der Schulerfolg und das Arbeitstempo vorwiegend als nicht angemessen bewertet wurden.
Bezüglich der Selbsteinschätzung der Schulleistungen durch die Schüler und der Intelligenzeinschätzung durch die Eltern zeigten sich zwischen der Stichprobe und der Vergleichsgruppe keine signifikanten Differenzen.
Beim gemessenen Intelligenzquotienten mit dem HAWIK bzw. HAWIE wurde ein signifikant höherer IQ für die Stichprobe ermittelt; ebenfalls signifikant höher wurde die Arbeitshaltung der Schüler als unangemessen eingeschätzt (Tabelle 12).

4.2.8. Zum somatischen Befund

Die Stichprobe zeigte eine deutlich signifikante Verschiebung zugunsten des männlichen Geschlechtes.

Die Häufigkeitsverteilung bezüglich der Wachstumsakzeleration, der Pubertätsstufe, der internistischen bzw. neurologischen Befunde, der vegetativen Labilität sowie der electroencephalographischen Befunde zeigte keine signifikanten Differenzen (Tabelle 13).

4.2.9. Zum psychiatrischen und psychologischen Befund

Als Tendenz auf den 6,1% Niveau ließ sich der höhere Neurotizismus der Patienten der Stichprobe sichern.
Bei den beobachteten Verhaltensauffälligkeiten (Tabelle 15) und den psychopathologischen Besonderheiten (Tabelle 16) fanden sich signifikant für die Patienten der Stichprobe eine raschere Ermüdbarkeit, eine größere Inappetenz, eine höhere Konzentrationsstörung und eine größere Distanzlosigkeit; lediglich als Tendenz mit (p=o.o63) ist hier das erhöhte Grimassieren und mit (p= o.o93) das überhöhte Anspruchsniveau zu nennen.
In den durchgeführten projektiven Verfahren zeigten sich die Patienten der Stichprobe in der Beziehung zur Mutterfigur als signifikant stärker belastet; Unterlegenheitsgefühle waren tendenziell (p=o.o77) zu registrieren. In allen anderen durchgeführten projektiven Untersuchungsverfahren konnte kein signifikanter Unterschied zur Vergleichsgruppe gefunden werden (Tabelle 14).

4.2.1o. Zum Behandlungsverlauf

Der Effekt der Behandlung wurde bei der Stichprobe signifikant häufiger registriert. Dabei zeigte sich bezüglich der Behandlungsdauer, der Elternberatung, des Milieuwechsels, der katamnestischen Angaben, der heilpädagogischen Maßnahmen, des Klinikschul- bzw. Kindergartenbesuches, der Gesprächs-, Gruppen-, Verhaltens- und Arbeitstherapie nebst medikamentöser Therapie kein signifikanter Unterschied zur Vergleichsgruppe.
Die Spieltherapie und der Wechsel der Schule bzw. Schulform wurden signifikant häufiger für die Patienten der Stichprobe durchgeführt oder empfohlen; die Eltern- und

Familientherapie (p=o.o78, o.o53) sind tendenziell als öfters durchgeführt zu werten (Tabelle 17).

4.2.11. Zur Daseinsthematik und Daseinstechnik und den formalen Persönlichkeitseigenschaften.

Die Daseinsthematik der Kinder der Stichprobe ist deutlich durch das Bestimmtsein von Eltern- und Schulproblemen gekennzeichnet.

Bei den Daseinstechniken unterscheiden sie sich von der Vergleichsgruppe dadurch, daß sie sich deutlich weniger auf andere verlassen, sie ignorieren und eine höhere Illusionsbildung haben.
Copingtechniken im Sinne von Chancen aufgreifen waren, ebenso wie Interaktionstechniken im Sinne von Hilfsapelle an andere, nur tendenziell häufiger zu finden.

Im Bereich der formalen Persönlichkeitseigenschaften treten die Kinder deutlich durch ihre höhere Variabilität der Aktivität und durch ihre größere Aktivität, aber auch durch die Form der Aktivität hervor.
Auf dem 5,4% bzw. 5,9% Niveau ließ sich die höhere Stimmungsvariabilität und Anregbarkeit der Kinder sichern (Tabellen 18 - 22).

4.2.12. Tabellen der signifikanten Merkmale der Stichprobe Clownerie

Die abschließenden Tabellen 23 und 24 sollen noch einmal übersichtlich die Ergebnisse der Untersuchung auf dem

5% bzw. 1o% Niveau wiedergeben, wobei das 1o% Niveau als Tendenz gewertet wurde.

Tabelle 23 : Liste der häufigeren Merkmale der Stichprobe Clownerie bis zu einem Signifikanzniveau $p \leq o.o5o$

Signifikant häufigeres Merkmal	p
Höhere Symptomzahl	o.ooo
Schwereres Krankheitsbild	o.ooo
Vater Beruf der Unterschicht und untere Mittelschicht	o.o43
Geringere Zahl der Kinder	o.o18
Ältere Mutter	o.o11
Arbeitshaltung 'anamnestisch' nicht angemessen	o.o18
Höhere gemessene Intelligenz	o.o12
Männliches Geschlecht	o.oo7
Hinweise auf belastende Beziehungen zu Mutterfiguren in projektiven Testverfahren	o.o42
Raschere Ermüdbarkeit	o.o36
Inappetenz	o.o35
Konzentrationsstörung	o.o16
Distanzlosigkeit	o.o26
Effekt der Behandlung registriert	o.oo3
Schulwechsel bzw. Schulformwechsel empfohlen	o.oo2
Spieltherapie durchgeführt	o.oo1
Sich weniger verlassen auf andere	o.oo3
Ignorierung	o.o47
Illusionsbildung	o.o48
Bestimmtsein von Elternproblemen	o.oo4
Bestimmtsein von Schulproblemen	o.oo1
Höhere Größe der Aktivität	o.o27
Höhere Variabilität der Aktivität	o.oo5
Höhere Form der Aktivität	o.o31

Tabelle 24 : Liste der häufigen Merkmale der Stichprobe Clownerie bis zu einem Signifikanzniveau $p \leq o.1oo$

Häufiges Merkmal	p
Gravierende organische Erkrankungen mit Änderung des Elternverhaltens	o.o7o
Höherer Neurotizismus (HANES)	o.o61
Hinweise auf Unterlegenheitsgefühle in projektiven Testverfahren	o.o77
Grimassieren	o.o63
Überhöhtes Anspruchsniveau	o.o93
Elterntherapie durchgeführt	o.o78
Familientherapie durchgeführt	o.o53
Öfteres Aufgreifen von Chancen	o.o87
Öftere Hilfsapelle	o.o79
Höherer aktiver Widerstand	o.o9o
Höhere Stimmungsvaribilität	o.o54
Höhere Anregbarkeit	o.o59

5. Diskussion von Befunden zu den Arbeitshypothesen

5.1. Diskussion von Befunden zu den Haupthypothesen

Die Haupthypothesen unterstellen, daß die Kinder mit der Verhaltensstörung Clownerie wenig Bezug zur Sache, zu sich selbst und zu anderen haben bei gleichzeitiger Illusionsbildung und Ignorierung der Umgebung.

Im Rahmen dieser Untersuchung ließen sich die vorgenannten Hauptthesen im vollen Umfang bestätigen.

Die Kinder mit der Verhaltensstörung Clownerie haben weniger Bezug zur Sache, weniger Bezug zu sich selbst und weniger Bezug zu anderen im Vergleich zu den Kindern der Vergleichsgruppe.
Sie zeigen eine deutlich höhere Illusionsbildung bei gleichzeitiger Ignorierung der Umgebung.

5.2. Diskussion von Befunden zu den Zusatzhypothesen

Die Zusatzhypothesen vermuten, daß sich bestimmte Entwicklungen in der Familie, in der Persönlichkeit der Kinder und im Milieu finden lassen, die zur Entstehung der Clownerie beitragen.

Durch die Untersuchung wurde deutlich, daß die Mütter der Patienten der Stichprobe älter waren als die Mütter der Patienten der Vergleichsgruppe. Dabei scheint ein zentraler

Punkt in der Entwicklung der Clownerie bei den Kindern in der Person der Mutter zu liegen.
Auf die Problematik der Beziehung zwischen Mutter und Kind (Junge) hat Ockel (1967) bereits hingewiesen, was sich auch mit den Hinweisen auf belastende Beziehungen zu Mutterfiguren in den durchgeführten projektiven Testverfahren der vorwiegend erkrankten Jungen dieser Untersuchung deckt.

Die Verhaltensstörung entwickelt sich, wie im Ergebnisteil gezeigt werden konnte, im Kreis der Kleinfamilie. Der Patient ist in 44,7 % der Fälle 1. Kind und in 29.8 % 2. Kind. Das deutliche Bestimmtsein von Elternproblemen scheint mit ausschlaggebend für die Störung des Kindes zu sein.
Sirois (1973) spricht vom süß-säuerlichen Clown als Spannungsventil und Sündenbock der Familie und nach Satir (1973) spiegelt das Kind die ungelösten Konflikte zwischen den Partnern wieder und karikiert sie.

Die raschere Ermüdbarkeit der Kinder ist im Zusammenhang mit ihrer größeren Aktivität zu sehen. Ob man die Inappetenz und Konzentrationsstörung mit dem fehlenden Bezug zu sich selbst und zu Sachen erklären kann, muß noch offen bleiben. Mitverantwortlich für die Distanzlosigkeit der Kinder dürfte die fehlende Beziehung zum Anderen sein.
Die höhere Intelligenz der Kinder scheint ihnen bei der Konfliktbewältigung in der Schule nicht hilfreich zu sein; sie selbst bezeichnen ihre Arbeitshaltung als nicht angemessen.
Die Schulprobleme überhaupt scheinen der ausschlaggebende Faktor zu sein, daß das Clownerieren der Kinder störend wird, weil der von den Eltern erwünschte Schulerfolg mit Beginn der Beschulung auf einmal durch das Verhalten der Kinder gefährdet ist. Von daher erklärt sich auch der Beginn der als störend empfundenen Symptomatik mit 6 Jahren.

Als gefundenen Einflußfaktor aus dem Milieu der Kinder, ist der sozio-ökonomische Status des Vaters zu nennen. Der Beruf des Vaters ist vorwiegend der Unterschicht und unteren Mittelschicht (ungelernte Arbeiter, Facharbeiter und einfache Angestellte und Beamte, manuell tätige Selbständige) zuzuordnen.
Ockel (1967) fand dagegen vorwiegend Handwerker, Behördenangestellte und Akademiker unter den Vätern.

5.3. Nachteil des dichotomen Ansatzes

Die Orientierung der Arbeitshypothesen an einem auf Anlage - Umwelt - Polarität basierendem Modell scheint problematisch, weil die Vielgestaltigkeit der ätiologischen und pathogenetischen Faktoren eine dichotome Betrachtungsweise in Frage stellt, da im Einflußfeld der Störung durchaus Kompensationen möglich sind. Um ein hypothetisches Bedingungsgefüge der Verhaltensstörung Clownerie zu entwickeln, das den Nachteil des dichotomen Ansatzes der Anlage - Umwelt - Polarität vermeidet, scheint es notwendig zu sein eine dynamische Betrachtungsweise einzuführen, die vom Zusammenspiel von Faktoren des sogenannten psychologischen Gesamteindrucks als Basisvariablen, von Prozeßvariablen und Situationsvariablen ausgeht (vgl. 6.).

6. Abschließende Überlegungen zu einem hypothetischen Bedingungsgefüge

6.1. Ein psychopathologisches Modell

Bei der Verhaltensstörung Clownerie können durch die Komplexität der pathogenen Bedingungen Kompensationen auftreten, die negative Einflüsse auf die Kinder durch andere gegenlaufende Einflüsse ausgleichen und ihre Wirkung nivellieren. Um dennoch die Komplexität der pathogenen Bedingungen zu erfassen, hat Schmidt (1977) ein hypothetisches psychopathologisches Modell vorgeschlagen, daß von einem Zusammenspiel von Basisvariablen, Prozeßvariablen und von Situationsvariablen ausgeht und die Erklärung der Entstehung von Verhaltensstörungen bei Hochintelligenten ermöglichen soll. Dieses noch sehr allgemeine Modell wurde von Reinhard (1981) weiterentwickelt und in dieser Modifikation für die vorliegende Untersuchung übernommen. Dabei wurde versucht in Anlehnung an Thomae unter Verwendung seiner Operationalisierungsmethodik (Thomae, 1976) diese Dimension zu erfassen.
Daß es so gelingt, Dimensionen der Abwehr und Bewältigung im Rahmen einer Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters differenziert zu erfassen, hat Reinhard (1983) anhand der Untersuchung von 1.000 Patienten zeigen können.

6.2. Die Basisvariablen

Als Basisvariablen wurden die Faktoren des sogenannten psychologischen Gesamteindruckes eingeführt, das heißt formale Persönlichkeitseigenschaften von relativ großer

zeitlicher Stabilität im Sinne von Aktivität, Stimmungsqualität, Anregbarkeit, Angepaßtheit, Steuerung etc. Hierbei zeigt sich bei Kindern mit der Verhaltensstörung Clownerie eine deutlich höhere Variabilität der Aktivität und eine höhere Größe der Aktivität. Sie unterscheiden sich durch die Form der Aktivität und sind stimmungsvariabler (p= o.o54) und anregbarer (p= o.o59); hinsichtlich der Angepaßtheit und Steuerung unterscheiden sie sich jedoch nicht von der Vergleichsgruppe (vgl. 4.1.11., Tab. 22).

6.3. Die Prozeßvariablen

Die Prozeßvariablen ließen sich als Daseinstechniken im Sinne von Coping, Interaktion und Abwehr operationalisieren.
Bezüglich der Prozeßvariablen zeigten die Kinder mit der Verhaltensstörung Clownerie, daß sie Copingtechniken, im Sinne von leistungsgerechter aktiver Auseinandersetzung nicht häufiger benutzen als die Vergleichsgruppe. Lediglich tendenziell (p= o.o87) greifen sie eher Chancen auf als die Vergleichsgruppe.
Bei den Interaktionstechniken war kein deutlicher Unterschied zur Vergleichsgruppe herauszustellen; sie unterscheiden sich lediglich durch ihre tendenziell (p= o.o79) höheren Hilfsapelle.
Dagegen zeigten sich bei den unter Abwehr eingeordneten Techniken deutliche Unterschiede. Die Kinder verlassen sich deutlich weniger auf andere, ignorieren sie mehr und haben eine höhere Illussionsbildung, bei tendenziell erhöhten (p= o.o9) aktiven Widerstand (vgl. 4.1.11., Tab. 18, 19, 2o).

6.4. Die Situationsvariablen

Die Situationsvariablen konnten in der Interpretation des Subjekts als Daseinsthemen erfaßt werden.
Dabei ist die Daseinsthematik der Kinder mit der Verhaltensstörung Clownerie dadurch gekennzeichnet, daß sie deutlich von Elternproblemen und deutlich von Schulproblemen bestimmt sind. Hinsichtlich der anderen Bereiche der Daseinsthemen zeigten sich keine Unterschiede zur Vergleichsgruppe (vgl. 4.1.11., Tab. 21).

6.5. Die therapeutische Relevanz

Therapeutisch relevant ist im Zusammenhang von Basisvariablen, Prozeßvariablen und Situationsvariablen, daß sich bei Kindern mit der Verhaltensstörung Clownerie vorwiegend Kinder finden, die deutlich von Eltern- und Schulproblemen bestimmt sind, sich weniger auf andere verlassen, sie ignorieren und eine höhere Illusionsbildung haben, bei gleichzeitig höherer Variabilität und Größe der Aktivität.

Dabei sind die Prozeßvariablen der bevorzugte Angriffspunkt des therapeutischen Vorgehens, während die Situationsvariablen Möglichkeiten für prophylaktische Maßnahmen bieten.

Die auf die Verhaltensstörung Clownerie möglichen Reaktions- und Verhaltensweisen in der Schule sind unter (2.2.) und die therapeutischen Möglichkeiten in der Klinik unter (4.1.1o.) dargestellt.

7. Zusammenfassung

Die Untersuchung fußt auf der beobachteten Häufung der Clownerie bei verhaltensgestörten Kindern, die kinder- und jugendpsychiatrisch stationär behandelt wurden.

Es wird der Clown im Rückblick und in der heutigen Gesellschaft beleuchtet und die Clownerie als Schulschwierigkeit dargestellt.

Die Literaturübersicht beginnt mit dem Versuch der Abgrenzung der Clownerie gegenüber Faxen und Tics.
Es wird die Clownerie als Verhaltensstörung in der Schule, beim Kinderarzt, Psychologen und Kinder- und Jugendpsychiater beschrieben.
Nach den analytischen Betrachtungen des Clowns werden Hypothesen zur Entwicklung der Clownerie aus der Literatur dargestellt.

Nach Durchsicht der Literatur und ausgehend vom Forschungsstand werden orientierende Arbeitshypothesen abgeleitet, die in Haupthypothesen und Zusatzhypothesen unterteilt sind. Die Beschreibung der Untersuchungsmethodik und der Stichprobe - 5o Kinder die von 1973 bis 1978 stationär in der Rheinischen Landesklinik Viersen, Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie behandelt worden sind - folgen.

In der Zusammenfassung des Ergebnisteils lassen sich bei den 5o Kindern der Stichprobe gegenüber den 958 Kindern der Vergleichsgruppe folgende Resultate orientierend an den Arbeitshypothesen finden.
Die Kinder haben weniger Bezug zur Sache, zu sich selbst und zu anderen bei gleichzeitiger Illusionsbildung und Ignorierung der Umgebung. Als potentiell pathogene Merkmale lassen sich das männliche Geschlecht und die be-

lastenden Beziehungen zu Mutterfiguren, die ältere Mutter, die geringere Zahl der Kinder, die rasche Ermüdbarkeit, Inappetenz, Konzentrationsstörung und Distanzlosigkeit der Kinder finden. Der sozio-ökonomische Status des Vaters ist der Unterschicht und unteren Mittelschicht zuzuordnen. Die Kinder sind deutlich von Eltern- und Schulproblemen bestimmt bei größerer Aktivität und Variabilität der Aktivität.

Die abschließende Diskussion der Befunde führt zur Entwicklung eines psycho-pathologischen Modells, welches ein dynamisches System von Basis-, Prozeß- und Situationsvariablen berücksichtigt, um den Nachteil des dichotomen Ansatzes der Anlage - Umwelt - Polarität zu vermeiden. Dabei entsprechen die Basisvariablen den formalen Persönlichkeitseigenschaften, die Prozeßvariablen den Daseinstechniken und die Situationsvariablen den Daseinsthemen, wobei die Prozeßvariablen bevorzugter Angriffspunkt des therapeutischen Vorgehens sind und die Situationsvariablen Möglichkeiten für prophylaktische Maßnahmen bieten.

8. Literaturverzeichnis

Allers, R.: Heilerziehung bei Abwegigkeit des Charakters, Einsiedeln-Köln 1937

Asam, U., Probst, P., Prietz, W., Karrass, W.: Katamnestische Untersuchungen von Patienten mit multiplen Tics, in: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Band 7, Heft 1, Bern 1979, S. 19-32

Bergson, H.: Le rire, Paris 1963

Blackham, G. J.: Der auffällige Schüler, Weinheim 1979

Böll, H.: Ansichten eines Clowns, Köln 1963

Brusten, M., Hurrelmann, K.: Abweichendes Verhalten in der Schule, München 1974

Brandt, G. A.: Probleme und Erfolge der Erziehungsberatung, Weinheim 1967

Brocher, T.: Gruppendynamik und Erwachsenenbildung, Braunschweig 1967

Daniels, E.B.: Some Notes on Clowns, Madness, and Psychotherapy, in: Psychotherapy and Psychosomatics, Volumen 24, Basel 1974, S. 465-47o

Deutsch, O.E.: MOZART die Dokumente seines Lebens, Kassel 1961

Domke, H.: Lehrer und abweichendes Schülerverhalten, Donauwörth 1975

Dreikurs, R.: Psychologie im Klassenzimmer, Stuttgart 1971

Dührssen, A.: Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen, Göttingen 1974

Fiedler, E., Bannes, M. L.: Ätiologie und Behandlung der Tics im Kindesalter, in: Münchener Medizinische Wochenschrift, 1o8. Jahrgang, I. Halbjahr, München 1966, S. 932-937

Graefe, O.: Zur Klassifizierung kindlicher Verhaltensstörungen, in: Psychologische Rundschau, VII. Jahrgang, Heft 1, Göttingen 1956
Grotjahn, M.: Vom Sinn des Lachens, München 1974

Harbauer, H., Lempp, R., Nissen, G., Strunk, P.: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Berlin 1976
Harnack, G. A. von: Wesen und soziale Bedingtheit frühkindlicher Verhaltensstörungen, Basel 1953
Haucke, U.: Ich hab dir hundertmal gesagt..., Hamburg 1982
Hollingshead, A. B., Redlich, F. C.: Social Class and Mental Illness, New York 1966

Keller/Wiskott: Lehrbuch der Kinderheilkunde (Hrsg.): Wiskott, A., Betke, K., Künzer, W., Stuttgart 1977
Kloß, S.: Clown-Kinder im Klassenverband, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 1. Jahrgang, 1952, S. 275-281
Kluge, K. J., Drost, K. P., Farwick, A.: Aggressiv-clownenhaft-depremiert: Verhaltensauffällige Berufsschüler, Rheinstetten 1975
Kris, E.: Ego Development and the Comic, in: International Journal of Psycho-Analysis, Volumen 19, London 1938, S. 77-9o

Lempp, E.: Warum ist unsere Schule zum führenden pathogenen Faktor für Verhaltensstörungen geworden?, in: Ehrhardt, H.E. (Hrsg.): Aggressivität, Dissozialität, Psychohygiene, Bern 1975

Mann, T.: Bekenntnisse des Hochstaplers Felix Krull, Fischer 1954
Müller, R. G. E.: Verhaltensstörungen bei Schulkindern, München 1976

Nguyen, A.: Le rire et la derision, in: L' Evolution Psychiatrique, Volumen 1, Paris 1955, S. 67-118

Nissen, G., in: Lehrbuch der speziellen Kinder- und Jugendpsychiatrie, (Hrsg.): Harbauer, H., Lempp, R., Nissen, G., Strunk, P., Berlin 1976

Ockel, A.: Zur Clownerie im Kindesalter, in: Dührssen, A., Schwidder, W. (Hrsg.): Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 16. Jahrgang, Göttingen 1967, S. 41-51

Parsons, E. C., Beals, R. L.: The sacred Clowns of the Pueblo and Mayo-Yaqui Indians, in: American Anthropologist, Volumen 36, New York 1934, S. 491-514

Pichler, K.: Denkwürdigkeiten aus meinem Leben, Wien 1844; Neuausgabe von Blümml, E. K., München 1914; zit. bei Deutsch, Kassel 1961

Plessner, H.: Laughing and Crying, Evanston 197o

Reich, A.: The Structure of the Grotesque-Comic Sublimation, in: Bulletin of the Menninger Clinic, Volumen 13, 1949, S. 16o-171

Reich, A.: Pathologic Forms of Self-Esteem Regulation, in: The Psychoanalytic Study of the Child, Volumen 15, New York 196o, S. 215-232

Reinhard, H. G.: Kinder- und jugendpsychiatrische Probleme hochbegabter Kinder und Jugendlicher, in: Wieczerkowski, W., Wagner, H. (Hrsg.): Das hochbegabte Kind, Düsseldorf 1981, S. 12o-127

Reinhard, H. G.: Abwehr und Bewältigung. Ein Beitrag zur Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters, Habilitationsschrift, Düsseldorf 1983

Remschmidt, H. u. U.: Symptomatologie, Verlauf und Prognose von Ticerkrankungen im Kindes- und Jugendalter, in: Klinische Pädiatrie, Band 186, Stuttgart 1974, S. 185-199

Remschmidt, H., Schmidt, M., Klicpera, C.: Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge, Bern 1977

Rose, G. J.: King Lear and the Use of Humor in Treatment, in: Journal of the American Psychoanalytic Association, Volumen 17, New York 1969, S. 927-94o

Rutter, Shaffer und Sturge, (Hrsg.): Remschmidt, H., Schmidt, M., Klicpera, C.: Multiaxiales Klassifikationsschema für psychiatrische Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter nach Rutter, Shaffer und Sturge, Bern 1977

Satir, V.: Familienbehandlung Kommunikation und Beziehung in Theorie, Erleben und Therapie, Freiburg 1973

Scheuch, E. K.: Sozialprestige und soziale Schichtung, in: Glass, D. V., König, R. (Hrsg.): Soziale Schichtung und soziale Motilität, Köln 1961, S. 65-1o3

Schmidt, M. H.:Verhaltensstörungen bei Kindern mit sehr hoher Intelligenz, Bern 1977

Scholz, L.: Anomale Kinder, Berlin 1912

Schultz-Hencke, H.: Lehrbuch der analytischen Psychotherapie, Stuttgart 1951

Schwidder, W.: Neopsychoanalyse, in: Frankl, V. E., Freiherr v. Gebsattel, V. E., Schultz, J. H. (Hrsg.): Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, Band 3, München 1959, S. 198

Singer, D. L., Berkowitz, L.: Differing "Creativities" in the Wit and the Clown, in: Perceptueal and Motor Skills, Volumen 35, 1972, S. 3-6

Sirois, F.: La bouffonnerie chez l'enfant, in: Acta Psychiatrica Bergica, Volumen 73(5), 1973, S. 654-658

Stephanos, S., Biebl, W., Plaum F. G.: Die Konversionssyndrome, in: Uexküll von, T. (Hrsg.): Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin, München 1979

Strümpell, L.: Die Pädagogische Pathologie oder die Lehre von den Fehlern der Kinder, Leipzig 1899

Strunk, P.: Verhaltensstörungen und Erkrankungen aus seelischen Ursachen, in: Wiskott, A., Betke, K., Künzer, W. (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde, Stuttgart 1977, S. 31.9

Tarachow, S.: Circuses and Clowns, in: Rónheim, G. (Hrsg.): Psychoanalysis and the Social Sciences, Volumen 3, New York 1951, S. 171-185

Thalmann, H. C.: Verhaltensstörungen bei Kindern im Grundschulalter, Stuttgart 1971

Thomae, H.: Das Individuum und seine Welt, Göttingen 1968

Thomae, H.: Patterns of Aging, Basel 1976

Tornow, H.: Verhaltensauffällige Schüler aus der Sicht des Lehrers, Weinheim 1978

Trapmann, H., Liebetrau, G., Rotthaus, W.: Auffälliges Verhalten im Kindesalter, Dortmund 1971

Wagner, O.: Ist die Volksschule in Ordnung?, Hamburg 1959

Wieczerkowski, W., Wagner, H.: Das hochbegabte Kind, Düsseldorf 1981

Willeford, W.: The Fool and his Scepter, Evanston 1969

Züghart, E.: Disziplinkonflikte in der Schule, Hannover 1961, 1970[4]

9. Lebenslauf

1949 23. Sept. als zweiter Sohn des Bäckermeisters Johannes, Friedrich, Thomas Clausen und seiner Ehefrau Erika, Klara, Johanna geb. Enke in Gera/Thüringen geboren.

195o 16. April katholisch-apostolisch getauft in Gera.

1953 anläßlich des 17. Juni Flucht in die BRD nach Flensburg.

1956 Einschulung in die Volksschule der Ramsharder Schule in Flensburg.

1965 31. März Abschluß der Volksschule in Hohn/Rendsburg.

1965 o1. April Beginn der Starkstromelektrikerlehre bei der Ahlmann-Carlshütte KG in Büdelsdorf/Rendsburg.

1968 3o. Sept. Ende des Lehrverhältnisses mit Facharbeiterbrief der Industrie- und Handelskammer zu Kiel, Zweigstelle Rendsburg.

1968 o1. Okt. Tätigkeit als Facharbeiter bei der Lehrfirma.

1969 o2. Jan. Grundwehrdienst der BRD.

1969 24. März Entlassung aus der Bundeswehr als Anerkannter Kriegsdienstverweigerer.

1969 o8. April Tätigkeit als Facharbeiter bei der Lehrfirma.

1969 1o. Juli Ableistung des Zivilen Ersatzdienstes beim Deutschen Roten Kreuz Braunschweig Stadt e.V., Braunschweig, Steinbrecherstr. 5.

1969 16. Dez. Versetzung aus privaten Gründen nach Neuss, St. Alexius-Krankenhaus für Nerven- und Gemütsleiden, Neuss, Alexianerplatz 1.

197o 1o. Sept. Einweisung in das Abendgymnasium der Stadt Düsseldorf.

197o 15. Okt. Ende des Ersatzdienstes.

197o 16. Okt. Angestellter im St. Alexius-Krankenhaus, Neuss, in der Kunstschmiede der Beschäftigungstherapie als Gruppenleiter.

1971 28. Mai Verehelichung mit Bärbel Kraatz.

1973 o1. April Beginn der Krankenpflegehelferausbildung am St. Alexius-Krankenhaus in Neuss.

1974 31. März Ende der einjährigen Krankenpflegeausbildung an der staatlich anerkannten Schule für Krankenpflege am St. Alexius-Krankenhaus in Neuss.

1975 24. Juni Erlangung des Zeugnis der Reife am Abendgymnasium der Stadt Düsseldorf.

1975 15. Okt. Ende des Angestelltenverhältnisses am St. Alexius-Krankenhaus, Neuss, Beschäftigungstherapie, Kunstschmiede.

1975 13. Okt. Beginn des Medizinstudiums an der Universität Düsseldorf.

1977 3o. u. 31. Aug. Ärztliche Vorprüfung (Physikum).

1978 28. Juni, 7.o8 h Geburt des 1. Sohnes Christian, Günter, Johannes, Horst.

1978 3o. u. 31. Aug. Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (1. Staatsexamen).

1979 17. Juni, 19.35 h Geburt des 2. Sohnes Henrik, Günter, Johannes, Horst.

198o 29. Dez., 8.58 h Geburt der 1. Tochter Clarissa, Bärbel, Ursula, Erika, Anni.

1981 16., 17., 19., 2o. März Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung (2. Staatsexamen).

1981 27. April Beginn des Praktischen Jahres am Akademischen - Lehrkrankenhaus der St. Krankenanstalten in Krefeld.

1981 28. Dez., 6.45 h Geburt der 2. Tochter Sarah, Bärbel, Ursula, Erika, Anni.

1982 26. März Ende des Praktischen Jahres an den Städtischen-Krankenanstalten in Krefeld, mit Wahlfach Pädiatrie.

1982 o6. April Dritter Abschnitt der schriftlichen Ärztlichen Prüfung (3. Staatsexamen).

1982 29. April Dritter Abschnitt der mündlichen Ärztlichen Prüfung.

1982 14. Mai Approbation als Arzt.

1982 Abschluß der Promotionsarbeit.

1982 ol. Okt. Beginn der Facharztausbildung am St. Alexius-Krankenhaus in Neuss, Fachklinik für Psychiatrie und Neurologie.

Günter Rudolf Clausen
im Januar 1984